



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Antti Somppi, Heidi Valkki, Mikko Västi

POSTOPERATIIVINEN KIVUNHOITO KIRURGISILLA OSASTOILLA

Sosiaali- ja terveysala

2010

ALKUSANAT

Tämä opinnäytetyö on tehty Vaasan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan yksikössä osana sairaanhoitajan ammattitutkintoa. Opinnäytetyö tehtiin vuoden 2009 aikana.

Haluamme kiittää kaikkia niitä, jotka ovat olleet osallisena ja mahdollistivat työmme valmistumisen. Kiitämme tutkittavan organisaation henkilökuntaa ja potilaita tutkimukseen osallistumisesta sekä ohjaavia opettajia Hanna-Leena Melenderiä ja Hannele Laaksosta. Lisäksi haluamme kiittää äidinkielen opettaja Eija Kalliokoskea sekä englanninkielen opettaja Anne Wähää.

Antti Somppi

Heidi Valkki

Mikko Västi

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijät	Antti Somppi, Heidi Valkki, Mikko Västi
Opinnäytetyön nimi	Postoperatiivinen kivunhoito kirurgisilla osastoilla
Vuosi	2010
Kieli	suomi
Sivumäärä	64 + 2 liitettä
Ohjaaja	Hanna-Leena Melender, Hannele Laaksonen

Opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla postoperatiivista kivunhoitoa kirurgisilla osastoilla. Tarkoituksena oli selvittää millaista postoperatiivista kipua potilaat kokevat ja miten potilaiden kipu huomioidaan. Lisäksi selvitettiin millaista hoitoa potilaat saavat postoperatiiviseen kipuun ja miten potilaiden ohjaus kivunhoidossa toteutuu.

Tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat yhden keskussairaalan kirurgisten osastojen potilaat (N=41). Tutkimusaineisto kerättiin kesäkuun 2009 aikana kolmelta kirurgiselta osastolta. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli myös avoimia kysymyksiä. Vastausprosentti oli 27,3.

Tutkimustulosten mukaan suurin osa piti kipulääkitystään hyvänä, vaikka moni tunsikin kovaa kipua osastolla oloaikana. Perfuusorilla annettu kipulääkitys koettiin tehokkaaksi. Potilaat kokivat, että henkilökunta huomioi heidän kivuntuntemuksistaan. Potilaille epäselviksi jääneitä asioita olivat lääkkeiden nimet ja annostukset sekä niiden vaikutukset. Henkilökuntaan luotettiin kivunlievityksessä.

Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan eri leikkausten yhteydessä tapahtuvaa kivunhoitoa.

Asiasanat	postoperatiivinen, kivunhoito, kivun tuntemus, kipu, kirurginen potilas
-----------	---

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyön koulutusohjelma

ABSTRACT

Authors	Antti Somppi, Heidi Valkki, Mikko Västi
Title	Postoperative Pain Management in Surgical Wards
Year	2010
Language	Finnish
Pages	62 + 2 Appendices
Names of Supervisors	Hanna-Leena Melender, Hannele Laaksonen

The purpose of this bachelor's thesis was to study how the postoperative pain management is carried out in the surgical wards. The purpose was to find out what kind of postoperative pain patients feel and how the patients' pain was taken into a consideration. A further purpose was to find out what kind of treatment patients get for postoperative pain and how patients were guided and counselled in the pain management.

Both quantitative and qualitative research methods were used. The target group of this study included the patients of surgical wards in a central hospital (N=41). The research material was collected in June 2009 in three different surgical wards. A structured questionnaire with some open ended questions was used. The response rate was 27,3.

According to the study most of the patients thought that their pain medication was sufficient even though many of them felt severe pain at the time they were in the ward. The pain medication given with a perfusor was felt to be effective. Patients felt that the personnel noticed and paid attention to their pain sensation. Things left unclear to the patients were the names, doses and effects of their medication. The personnel was trusted in managing the pain medication.

A further study could focus on pain management in connection to different surgical operations.

Keywords	Postoperative, Pain management, Pain sensation, Pain, Surgical patient
----------	--

SISÄLLYS

ALKUSANAT	1
TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
LIITELUETTELO	6
1. JOHDANTO	7
2. KIPU	9
2.1 Akuutti kipu	10
2.2 Krooninen kipu	10
2.3 Kivun arviointi	10
2.4. Kivun hoitotyö	11
3. KIVUNHOIDON ETIIKKA JA JURIDIikka	13
3.1. Kivunhoidon etiikka.....	13
3.2. Kivunhoidon juridiikka.....	13
4. POSTOPERATIIVINEN HOITO.....	15
4.1. Kirurginen potilas postoperatiivisessa hoidossa	15
4.2. Postoperatiivisen potilaan tarkkailu	16
5. POSTOPERATIIVINEN KIVUNHOITO	17
5.1. Kivunhoito	17
5.2. Postoperatiivisen kivun esiintyminen	18
5.3. Postoperatiivisen kivun voimakkuus	18
5.4. Leikkaustyyppin vaikutukset kipuun	19
5.5. Postoperatiivisen kivunhoidon tavoitteet.....	19
5.6. Lääkehoito.....	19
5.6.1. Opioidit	20
5.6.2. Epiduraalinen lääkitys.....	21
5.6.3. Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli	22
5.7. Kipulääkkeiden haittavaikutukset	22
5.7.1 Opioidien haittavaikutukset	22

5.7.2 Epiduraalisen lääkityksen haittavaikutukset	23
5.7.3 Parasetamolin ja tulehduskipulääkkeiden haittavaikutukset	23
6. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA ONGELMAT	24
7. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	25
7.1. Tutkimusmenetelmälliset lähtökohdat.....	25
7.2. Tutkimuksen kohderyhmä.....	25
7.3. Aineiston keruu	25
7.4. Aineiston analysointi	26
8. TUTKIMUKSEN TULOKSET	27
8.1 Tutkittavien taustatiedot.....	27
8.2 Potilaiden kokema kipu.....	30
8.3 Kipulääkityksen saatavuus ja riittävyys	36
8.4 Vastaajien saama ohjeistus.....	44
8.5 Lääkityksen vaikutus	47
9. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	54
9.1 Tutkimustulosten tarkastelu	54
9.1.1 Potilaiden kokema kipu.....	54
9.1.2 Kipulääkkeiden saatavuus ja riittävyys.....	54
9.1.2.1 Injektoiden saatavuus kivunhoidossa.....	55
9.1.2.2 Perfuusorin käyttö kivunhoidossa.....	55
9.1.3 Ohjeistus	55
9.1.4 Lääkityksen vaikutus	56
9.1.5 Arvio kivunhoidon toteutumisesta	56
9.2 Tutkimuksen luotettavuus	57
9.2.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä	57
9.2.2 Kvantitatiivinen.....	58
9.3. Tutkimuksen eettisyys	60
10. JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET.....	61
LÄHTEET.....	62

LIITELUETTELO

Liite 1. Kyselylomakkeen saatekirje

Liite 2. Kyselylomake

1. JOHDANTO

Yksi sairaanhoitajan tehtävistä on kärsimyksen lievittäminen. Se sisältää potilaan tukemisen ja auttamisen selviytymään kivusta ja edistää näin potilaan hyvää oloa. (Pahlman 2001, 6-7.) Kivunhoito on sairaanhoitajan osaamisaluetta ja kivun hoitotyön suositukset antavat työkaluja leikkauksen jälkeisen kivun tunnistamiseen, arviointiin ja hoitoon. Jotta potilaan kivunhoito olisi laadukasta ja yksilöllistä, on tärkeää arvioida kipua ja sen hoitoa jatkuvasti. Myös jatkuva hoidon seuranta, sekä suunnitelmallinen yhteistyö eri ammattiryhmien välillä edistävät hyvää kivunhoitoa. (Tornivuori & Viitanen 2002.)

Onnistunut kivunhoito edesauttaa potilaan paranemista ja nopeuttaa kotiutumista. Hyvä kokonaisvaltainen kivunhoito vaatii erityisosaamista. Lisäksi se edellyttää toimivia tietotaidon hoitoketjuja ja oikein suunnattuja resursseja. Oikea-aikainen tehokas hoito tulee pitkällä tähtäimellä halvemmaksi kuin kroonistuneiden potilaiden pitäminen jonossa. (Haanpää 2001.)

Kivunhoito on tärkeä osa postoperatiivista hoitotyötä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla postoperatiivista kivunhoitoa kirurgisilla osastoilla. Postoperatiivista kivunhoitoa on tutkittu hoitotyön näkökulmasta melko vähän Suomessa. Lääketieteellisiä tutkimuksia on julkaistu melko paljon. Tämän takia tässä työssä tutkittiin kivunhoitoa nimenomaan hoitotyön näkökulmasta, sillä kivunhoito on sairaanhoitajan osaamisaluetta. (Tornivuori & Viitanen 2002.)

Opinnäytetyöhön on haettu tutkittua tietoa käyttämällä eri tietokantoja kuten Medic, Linda ja CINAHL, sekä luotettavia internet lähteitä. Lisäksi tietoa on haettu aiheeseen liittyvistä alan kirjoista, elektronisista julkaisuista ja artikkeleista. Kyselylomake kehitettiin teorian tietoon pohjautuen.

Vaikka postoperatiivisesta kivunhoidosta tiedetään yhä enemmän ja kivunhoidon menetelmät ovat kehittyneet, kipu on kuitenkin monen potilaan ongelma ja haaste hoitotyölle. Postoperatiivinen kivunhoito jääkin usein sairaanhoitajan toteutettavaksi, jolloin sairaanhoitaja tekee potilaan vuoteen vierellä päätöksiä

siitä, kuinka kovaa kipua potilas kokee sekä millä menetelmillä kipua hoidetaan. (Kauppila, Salanterä & Heikkinen 2006, 32.)

Tutkimus on tekijöiden opinnäytetyö ja henkilökohtaisen kiinnostuksen kohde. Tavoitteena on tuottaa tietoa postoperatiivisesta kivunhoidosta ammatillista kehittymistä ja potilaiden hoidon kehittämistä varten.

2. KIPU

”Kipu on mitä tahansa yksilö sanoo sen olevan, ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän” (Flinkman, Salanterä 2004, 16).

Kipua on mikä tahansa sellainen kokemus, jonka ihminen määrittelee kivuksi (Sailo & Vartti 2000, 30). Kun ihminen ilmaisee kipua, kyseessä on kipuongelma ja sitä ei voida kyseenalaistaa (Estlander 2003, 9). Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys IASP (International Association for the Study of Pain) määrittelee kivun seuraavasti: kipu on epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus (aisti- ja tunnekokemus), joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudოსvaurioon tai jota kuvataan kudოსvaurion käsittein. Psykologi C. Richard Chapman määrittelee kivun seuraavasti: Vaikka kipua voidaan kuvata aistihavaintona, se on ennen kaikkea voimakas negatiivinen tunnetila. (Vainio 2004, 17.)

1970-luvulla kipututkija ja psykologi Ronald Melzack sekä W. S. Torgerson laativat McGill-kipusanaston kuvaamaan kivun ominaisuuksia. Sanaston tarkoituksena on helpottaa potilasta kuvaamaan kivun tunnetta. Heikki Ketovuori on kääntänyt sanat suomeksi. Kipua kuvaavia sanoja ovat muun muassa vihlova, viiltävä, lievä, kiusallinen, kova, sietämätön ja tappava. (Vainio 2007, 84-85.)

Kipu kuuluu tavallisimpiin yleismaailmallisiin oireisiin ja sitä ilmenee normaalien fysiologisten tapahtumien yhteydessä, kuten synnytys ja kuukautiset, sekä tapaturmaan tai sairauteen liittyen. Eri kulttuurit ja sosiaaliset ryhmät määrittelevät kivuntunteen kokemisen ja siihen reagoimisen eri tavalla. Tapa, jolla ihmiset reagoivat kipuun sekä havainnoivat ja määrittävät tuntemansa ja muiden kokeman kivun liittyy usein siihen tapaan, joka on ympäröivästä yhteisöstä omaksuttu. Kipu on kuitenkin aina yksilöllistä ja sen kokijalle todellista. Se on epämiellyttävä tunne tai tila ja sitä ei pysty vertaamaan toisen ihmisen kokemuksiin kivun tuntemuksista. (Sailo & Vartti 2000, 24, 30.)

Kipuaisti on ihmisille ja eläimille hengissä selviämisen ehto. Kipu varoittaa vaarasta ja sen ansiosta ihmiset jo lapsena oppivat ettei teräviin ja polttaviin

esineisiin kannata koskea. (Vainio 2004, 17.) Kivulle löytyy useita luokitteluja, mutta yleisesti se luokitellaan akuuttiin ja krooniseen kipuun.

2.1 Akuutti kipu

Akuutti kipu johtuu jostain elimellisestä tekijästä kuten esimerkiksi haavasta, luunmurtumasta, synnytyksestä, leikkauksesta tai tulehduksesta. Kipu lievenee tavallisesti vaurion paranemisen myötä. Akuutti kipu on yllätyksellistä ja äkillistä. Se voi johtua esimerkiksi onnettomuudesta tai toimenpiteestä. Akuuttiin kipuun kuuluu tällöin myös hätä ja huoli omasta selviytymisestä, mutta se on myös mielekästä kipua, koska sen aiheuttajamekanismi on tiedossa ja sitä pystytään hoitamaan. Asianmukainen hoito estää kivun kroonistumisen. (Sailo & Vartti 2000, 34-35.)

2.2 Krooninen kipu

Kipua pidetään kroonisena, kun se jatkuu kudosten tavallisen paranemisajan jälkeen, Yleensä ainakin yli kolme kuukautta. Krooninen kipu voi olla myös ajoittaista, mutta toistuvaa. Kivun pitkittyminen ja kroonistuminen vaikuttavat siitä kärsivän elämään. Pitkittyessään kipu alkaa hallita elämää sekä ajatuksia ja ihminen voi masentua sekä menettää yöunensa kivun takia. Pitkittyessään krooninen kipu aiheuttaa kärsimystä, joka heikentää henkilön ja omaisten elämänlaatua. (Sailo & Vartti 2000, 34- 35.)

2.3 Kivun arviointi

Kivun tunnistamiseksi sairaanhoitajat keräävät tietoa havainnoimalla ja keskustelemalla potilaan kanssa. Päätöksiään he vahvistavat kysymällä toisilta sairaanhoitajilta tai tarkistamalla ohjeistuksista. (Hedberg & Sätterlund Larsson 2003.)

Kipu tulisi mitata ja kirjata yhtä säännöllisesti ja rutiininomaisesti kuin muita vitaalielintoimintoja, esimerkiksi verenpainetta, pulssia ja lämpöä. Hoitohenkilökunta ei voi arvioida yksin potilaan kipukokemusta, sillä kipukokemus on aina yksilöllistä. Potilaan oma kipuarvio on luotettavin ja jos

potilas ei ilmaise omia kivun tuntemuksiaan, voi kivunlievitys jäädä riittämättömäksi. Kivun arviointiin on kehitetty erilaisia mittareita, jotka ovat yksinkertaisia, kuten esimerkiksi muutettavissa numeroiksi 0-10. On tärkeää, että kipumittarit ovat selkeitä ja helppokäyttöisiä ja vastaavat yksikön tarpeita. Niiden tulee myös olla helposti ymmärrettävissä eri kulttuureista tuleville potilaille. (Lauritsalo 2003, 33.)

Kivun arviointia varten on kehitetty lukuisia mittareita ja apuvälineitä, kuten VAS-kipujana (Visual analogue scale, asteikko 0-10), kipukiila, kipusanasto ja kipupäiväkirja (Kalso & Vainio 2002, 223).

Kipua arvioidaan levossa, liikkeessä, syvään hengittäessä ja yskiessä. Potilaan kivunhoito on riittämätön, jos potilas ilmaisee kipunsa VAS-asteikolla vähintään numerolla 3. Potilaan on kyettävä yskimään ja hengittämään syvään ilman kipua. Jos kipu alkaa lisääntyä aikaisemmin tehokkaasta hoidosta huolimatta, voi syynä olla jokin komplikaatio, kuten infektio tai verenvuoto kudoksiin. Myös kipsin aiheuttama puristus saattaa aiheuttaa kipua. Yleisin postoperatiivinen kivunhoidon menetelmä on antaa opioideja suoneen tai lihakseen. (Mattila 2004, 130.)

Jos potilas valittaa kipua erilaisista hoitoyrityksistä huolimatta, on mietittävä, onko potilaan kivunhoidon arviointi ollut riittävää tai onko potilaan kipudiagnoosi oikea. On myös tarkistettava, ottaako potilas lääkkeensä ja ottaako hän lääkkeit oikein ja onko lääkkeen antoreitti oikea. Joskus potilaat eivät ymmärrä saamia ohjeita, joten on hyvä tarkastaa, onko potilas ymmärtänyt ohjeet. (Holmia ym. 2006, 181.)

2.4. Kivun hoitotyö

Kivun ennaltaehkäisy ja hoito on haasteellinen tehtävä hoitotyössä. Tavoiteltaessa potilaan hyvää oloa tulisi kivuista päästä eroon. Lääketieteessä kivun tutkimus on lisääntynyt kahden viime vuosikymmenen aikana ja rohkaissut kiinnittämään huomiota kivunhoidon mahdollisuuksiin. Potilaille on tärkeämpää, että heille puhutaan kuin vain kuunnellaan, mitä he sanovat. Potilaat odottavat

ammattiauttajien oma-aloitteista selittämistä ja tiedon antamista. (Hyypä, Latva-Mäenpää, Manninen, Myllymäki, Salo & Vallejo Medina 1997, 279.)

Hoitaja pystyy vaikuttamaan potilaan kivunhoitoon omalla toiminnallaan, näkemyksillään, tiedoillaan ja asenteillaan. Kivunhoidossa voidaan lääkityksen lisäksi käyttää fysiologisia ja psykologisia menetelmiä. Psykologisia menetelmiä ovat muun muassa keskustelu potilaan kanssa, rentoutuminen, musiikki, huumori ja läsnäolo. Tärkeää on antaa potilaalle jotain muuta ajateltavaa ja viedä ajatukset pois kivusta. Myös omaisten ja muiden kipupotilaiden vertaistuki saattavat auttaa potilasta kivun käsittelemisessä. Fysiologisia menetelmiä kivunhoitoon ovat hieronta, asennon vaihtaminen, lämmittämis- ja viilentämismenetelmät sekä kosketus. (Holmia ym. 2006, 180-181.)

3. KIVUNHOIDON ETIIKKA JA JURIDIikka

3.1. Kivunhoidon etiikka

Maailman terveysjärjestö WHO:n (1994) ja Lissabonin (1995) julistuksissa todetaan, että jokaisella potilaalla on oikeus nykyaikaiseen lääketieteelliseen kivunhoitoon sekä kivun lievitykseen. Suomi on sitoutunut Euroopan neuvoston biolääketiedettä koskevaan sopimukseen, jossa korostetaan muun muassa sitä, että jokaisella potilaalla on oikeus tieteellisesti tutkittuun ja kliiniseen kokemukseen perustuvaan kivunhoitoon. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 28.)

Suomen sairaanhoitajaliiton kokouksessa 28.9.1996 hyväksyttiin hoitotyön eettiset ohjeet. Eettisten ohjeiden mukaan yksi sairaanhoitajien tehtävistä on kivun ja kärsimyksien lievittäminen. (Fry 1994, 267.) Tämä tarkoittaa sitä, että käytännössä sairaanhoitajan tehtävänä on tukea ja kuunnella potilasta sekä auttaa häntä selviytymään kivuista. Tämä edistää potilaan yksilöllistä hyvän olon tunnetta. Sairaanhoitajan tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta kivunhoitoa koskevissa asioissa. (Sailo & Varti 2000, 63.)

Sairaanhoitajalla tulee olla tietoa ja taitoa kivunhoidosta sekä kykyä huomioida muutoksia potilaan yksilöllisessä kiputilassa. Mikäli keskitytään vain tekniseen osaamiseen ilman, että potilas on osallisena hoidossa, on mahdollista että ihmisen kokonaisuus hoidossa unohtuu. Kivun lievittäminen edellyttää inhimillisten ja eettisten näkökulmien huomioon ottamista. (Hyypä, Latva-Mäenpää, Manninen, Myllymäki, Salo & Vallejo Medina 1997, 278) Kivunhoidon ja sen vaikutusten arvioinnin tulisi kuulua kaikkien potilaiden hoitoon yhtä lailla kuin esimerkiksi verenpaineen mittaamisen. Hoitohenkilöstön tulisi aktiivisesti kehittää omaa osaamista kivunhoidossa. (Sailo & Varti 2000, 63.)

3.2. Kivunhoidon juridiikka

Eettisten ohjeiden lisäksi, myös lait ja asetukset ohjaavat kivunhoidon toteuttamista terveydenhuollossa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), Suomen perustuslaki (731/1999), kansainväliset ihmisoikeusjulistukset ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettu laki

(559/1994), määräävät potilaan asemasta ja oikeuksista hoitoon sekä kohteluun liittyvissä periaatteissa (Pahlman 2001, 6-7). Lisäksi kansanterveyslain 41 §:n ja erikoissairaanhoitolain 10 § velvoittavat työnantajaa ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen (Vanhapiha 2007). Sairaanhoitajan työssä tämä tarkoittaa sitä, että hoitajalla on kykyä tunnistaa kipu ja hallita kivunhoitomenetelmiä sekä arvioida hoidon vaikuttavuutta. Potilaan näkökulmasta tämä ei aina tarkoita kivun lieventymistä, vaan kivun hallintaa ja oman toimintakyvyn paranemista. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 29.)

4. POSTOPERATIIVINEN HOITO

4.1. Kirurginen potilas postoperatiivisessa hoidossa

Postoperatiivisen hoidon tavoitteena on hengitystoiminnan ja verenkierron sekä muiden elintoimintojen vakauttaminen leikkauksen jälkeen. Tämä auttaa toipumaan leikkauksesta ja anestesiasta paremmin. (Mustajoki ym. 2005, 268.)

Kirurginen potilas on henkilö, joka joutuu sairauden tai äkillisen sairastumisen vuoksi tilanteeseen, jossa leikkaus on todennäköisen tai välttämätön. Sairauden merkitys potilaalle, sen vaikutukset, äkillisyys sekä kesto yhdessä aikaisempien kokemusten kanssa ja nykyaikaiset hoitomahdollisuudet vaikuttavat siihen, miten potilas kokee tilanteen. Hänen suhtautumisensa leikkaukseen riippuu hänen persoonallisuudestaan, tunteistaan, tiedoistaan sekä hänen sosiaalisesta tilanteestaan. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 16.)

Leikkaus muuttaa potilaan elämäntasapainoa, joskus jopa omaa kehonkuvaa ja se voi olla todellinen uhka minäkuvalle. Toisaalta potilas voi kokea toimenpiteen helpotuksena, mikäli sen tuloksena on kivuttomuus sekä parempi elämänlaatu. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 17.)

Postoperatiivinen hoito alkaa, kun potilas saapuu leikkauksesta vuodeosastolle leikkauksen jälkeiseen hoitoon. Tällöin ohjataan potilasta ja arvioidaan potilaan omia leikkaustuntemuksia (Sailo & Vartti 2000, 118). Leikkauksen jälkeistä kipua on raportoitu esiintyvän jopa 80 prosentilla potilaista kipulääkityksestä huolimatta. Leikkauksen jälkeinen kipu on voimakkuudeltaan vaihtelevaa, ja yleensä lyhytkestoista. Kipu on merkki kudosvaurioista. Jos kipu on liian voimakas, se vaikuttaa potilaalle henkistä kärsimystä ja fysiologisia haittatekijöitä. Anestesiaalääkäreiden tavoitteena on taata potilaalle mahdollisimman hyvä ja tehokas kipulääkitys ilman, että potilaalle aiheutuisi komplikaatioita. Suurten leikkauksien, kuten tooraksin eli rintakehän ja vatsaontelon leikkausten jälkeen potilailla saattaa olla todella voimakkaita kipuja. Tällöin tehokas hoitaminen ja kivunlievitys on ensiarvoisen tärkeää. (Kalso & Vainio 2002, 222.)

Kipu estää ja pitkittää potilaiden kuntoutumista leikkauksen jälkeen ja pitkittää sairaalassaoloa aiheuttaen siten lisäkustannuksia (Haanpää 2001).

4.2. Postoperatiivisen potilaan tarkkailu

Potilaan postoperatiivisen tarkkailun tiheys riippuu potilaan voinnista. Tarkkailuun kuuluu tajunnantason tarkkailu, jossa seurataan, onko potilas unelias, sekava tai levoton. Hengittämistä seurataan, jotta voidaan laskea hengitystiheys ja huomata, jos hengenahdistusta ilmenee. Potilaan iholta tarkastellaan lämpöä, kosteutta sekä ihon väriä. Lisäksi potilaan erittämisen tarkkailu kuuluu tärkeänä osana postoperatiiviseen hoitoon. On tärkeää tietää, tuleeko potilaalta tarpeeksi virtsaa ja minkä väristä ja hajuista se on. Vatsantoimintaa on myös tärkeä seurata sekä mahdollisten dreenien eritysmääriä. (Kuurne & Koivula 2008.)

Sairaanhoitaja seuraa potilaan vointia kokonaisvaltaisesti leikkauksen jälkeen. Siihen kuuluu yleisesti myös kivunhoito, kivunhoidon arvioiminen sekä pahoinvoinnin helpottaminen. Haava-aluetta tulee myös katsoa säännöllisesti, jotta mahdolliset tulehduksen merkit saadaan nopeasti selville. Lisäksi on tärkeä tietää, kuinka paljon haava erittää ja haavataitokset tulee vaihtaa aina tarvittaessa. (Kuurne & Koivula 2008.)

Näiden lisäksi potilaalta kontrolloidaan verenpaine ja pulssi säännöllisin väliajoin. Myös happisaturaatiota ja lämpöä mitataan ja huolehditaan riittävästä nesteytyksestä. (Kuurne & Koivula 2008.)

Potilasasiakirjoja analysoitaessa on havaittu, että kivunhoidon tavoitteita ei ole kirjoitettu oikein tai niissä on ollut puutteita. Tämän takia kivunhoidon tehokkuutta on vaikea mitata. Myös yhteistyöstä johtuvat puutteet vaikuttavat negatiivisesti kivunhoidon onnistumiseen. Kivunhoidon onnistumiseksi ja kehittämiseksi onkin eri sairaaloissa perustettu kivunhoitotiimejä, joissa toimii eri ammattiryhmien jäseniä. Niiden tarkoituksena on edistää ja opettaa hoitohenkilökunnalle kivun tunnistamista sekä kivunhoidon oikeaoppista kirjaamista potilasasiakirjoihin. (Kauppila 2006, 26- 27.)

5. POSTOPERATIIVINEN KIVUNHOITO

5.1. Kivunhoito

Hyvä kivunhoito vaatii onnistuakseen moniammatillista yhteistyötä. Kivunhoidon laatua on pyritty parantamaan eri ammattiryhmien yhteistyötä lisäämällä, mikä on vaikuttanut myönteisesti potilaiden sairaalassaoloajan lyhenemiseen. Kivunhoidon onnistuminen vaatii hyvän kivunhoitosuunnitelman tekemistä, johon asetetaan tietyt tavoitteet kivunhoidolle ja eri hoitomenetelmille (Kauppila 2006, 27). Seuraavassa tarkastellaan postoperatiivista kivunhoitoa potilaan näkökulmasta ja potilaan tarpeiden pohjalta

Kirurginen sairaus vaikuttaa potilaan jokapäiväiseen elämään ja elintoimintoihin sekä aiheuttaa usein myös kovia kipuja. Vakavassa kirurgisessa sairaudessa sairastuminen koskettaa usein yhtä paljon potilaan omaisia ja perhettä. Omaisten suhtautuminen ja reagointi potilaan sairauteen heijastuu usein myös potilaasta itsestään jolloin potilaan lisäksi perheen tukeminen on tärkeää. (Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtonen & Suominen 2001, 61.)

Kivunhoitoon kuuluu potilaan kivun ja kärsimyksen tunnistaminen ja hoito. Jos potilas ei pysty itse ilmaisemaan kipua, hoitajan täytyy osata havainnoida kivun esiintymistä potilaan elintoiminnoista ja olemuksesta. Asennon vaihto saattaa joskus helpottaa kipua. Myös tyynyn kääntäminen tai viileän lakanan laittaminen selän alle saattavat lievittää kipua. Usein potilaalle tämä ei kuitenkaan pelkästään riitä vaan tarvitaan tehokkaampia hoitokeinoja kuten asianmukaista lääkitystä ja happea. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 71-73.)

Hyvä kivunhoito tarkoittaa sitä, että potilas saa leikkauksen jälkeen tehokasta ja turvallista kivunhoitoa riippumatta siitä, onko kyseessä ollut suuri vai pieni leikkaus. HYKS:ssa tehdyn tutkimuksen mukaan 80% potilaista on tyytyväisiä leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon, vaikka osa potilaista oli kokenut kovaa kipua leikkauksen jälkeisenä päivänä (Niemi-Murola, Pöyhiä, Onkinen, Rhen, Mäkelä, Yildirim & Niemi 2005). Hoidon tulee ulottua leikkaussalin ja osaston kautta myös potilaan kotiin. Viime vuosien tekninen laitekehitys ja

farmakologinen ja kliininen tutkimustoiminta ovat tuoneet käytettäväksi tehokkaita menetelmiä suurten ja pienten kiputilojen hoitamiseen. Kivunhoito ei kuitenkaan onnistu, jos osastolla ei ole olemassa tehokasta ja omaa toimintaansa korjaavaa organisaatiota. (Alahuhta, Lindgren, Olkkola, Rosenberg & Takkunen 2006, 838-839.)

5.2. Postoperatiivisen kivun esiintyminen

Kivun esiintyminen on aina subjektiivista ja yksilölliset erot kivun tuntemuksissa voivat olla hyvinkin suuria. On kuitenkin olemassa tekijöitä, jotka ovat kaikille kipupotilaille yhteisiä ja jotka vaikuttavat postoperatiivisen kivun esiintymiseen, voimakkuuteen, laatuun ja keston. Näitä tekijöitä ovat muun muassa potilaan psykofyysinen ominaislaatu, valmistautuminen leikkaukseen, toimenpiteen kohde, luonne ja kesto, kirurgisten komplikaatioiden esiintyminen ja anestesiatekniikka. Tärkein tekijä postoperatiivisen kivun voimakkuudessa on leikkausviillon paikka. (Alahuhta, Lindgren, Olkkola, Rosenberg & Takkunen 2006, 838-839.)

5.3. Postoperatiivisen kivun voimakkuus

Kipu on voimakkaimmillaan leikkauksen jälkeen, kun anestesia-aineiden vaikutukset ovat pääasiassa loppuneet. Normaalisti kipu heikkenee nopeasti seuraavien vuorokausien aikana (Pölkki 2002, 24). Kuitenkin joissakin tapauksissa kipu voi myös pitkittyä ja kestää useita kuukausia. Postoperatiivisen kivun voimakkuuteen vaikuttaa myös leikkauksen aikana käytetty anestesiamenetelmä. Anestesiassa annetut pienet ja kohtuulliset opioidiannokset lieventävät leikkauksenjälkeistä kipua vain vähän. Suuret opioidiannokset vaikuttavat kipua lieventävästi vielä leikkauksen jälkeenkin, mutta voivat aiheuttaa hengityslaman, jolloin potilaan hengityksestä ja riittävästä hapensaannista on huolehdittava erityisen tarkasti. On myös todettu, että puudutuksen käyttö leikkauksen aikana vähentää postoperatiivista kipua, koska puudutteen vaikutus on pitkäaikainen ja ulottuu ajallisesti yli leikkauksen. (Alahuhta, Lindgren, Olkkola, Rosenberg & Takkunen 2006, 838-839.)

5.4. Leikkaustyyppin vaikutukset kipuun

Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon tarpeen määrittää usein potilaalle suoritettun leikkauksen tyyppi (Alahuhta, Lindgren, Olkkola, Rosenberg & Takkunen 2006, 838–839). Eri leikkausten aiheuttamat kivut vaihtelevat suuresti sekä määrällisesti, että laadullisesti. Pintaleikkausten kuten tyrän, kilpirauhasen ja rintarauhasen leikkausten jälkeinen kipu on lähinnä haavakipua. Kivunhoito ei yleensä ole ongelmana näiden leikkausten jälkeen. Yleensä potilaat voivat selvitä pelkillä tulehduskipulääkkeillä. Kivuliaimpia leikkauksia ovat ylämahaleikkaukset, munuaisiin kohdistuvat leikkaukset sekä torakotomiat. Nämä leikkaukset aiheuttavat kipua alueille, jotka vaikeuttavat hengitystä kivun tuntemisen takia. Myös ortopedisista leikkauksista osa voi olla hyvin kivuliaita, kuten isommat polvi- ja olkapääleikkaukset. Suomessa suurin osa leikkauksista kohdistuu rintaonteloon, ylävatsaan tai polviniveleen. (Kalso 2002, 222–223.)

5.5. Postoperatiivisen kivunhoidon tavoitteet

Kivusta kärsivän potilaan hoidon tavoitteena on kivun poistuminen, toimintakyvyn ja elämänlaadun palautuminen sekä kivun intensiteetin ja häiritsevyyden väheneminen (Holmia ym. 2006, 181). Kivunhoidon tavoitteena on estää kivun kroonistuminen ja kipushokki (Mustajoki, Maanselkä, Alila & Rasimus 2005, 467).

Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon onnistumisen edellytys on säännöllinen ja onnistunut kipulääkitys, ottaen huomioon operaation luonteen. Säännöllisen lääkityksen tavoitteena on ennaltaehkäistä kipua ja sitä voidaan tehostaa käyttämällä eri lääkkeitä yhdessä. Kipulääkitystä on hyvä antaa ennen hoitotoimenpiteitä jotka muuten voisivat olla potilaalle kivuliaita. (Sailo & Varti 2000, 124.)

5.6. Lääkehoito

Kipulääkitys valitaan potilaalle aina yksilöllisesti. Potilaan ensisijainen kipulääke on tulehduskipulääke tai parasetamoli. Lääke annetaan säännöllisesti ja sitä annetaan niin kauan kuin on tarvetta. Tarvittaessa annetaan lisäkipulääkkeenä

opioidia esimerkiksi oksikodoni, morfiini ja buprenorfiini. Opioidien tehtävänä on estää kivun välittyminen aivoissa ja selkäytimessä. Ne myös vähentävät ahdistuneisuutta ja lisäävät hyvänolon tunnetta. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 71-73, 341.)

Kipulääkkeiden ja puudutusaineiden yhdistelmiä on yleisesti käytössä pääasiallisena hoitomuotona postoperatiivisessa vaiheessa. Kipulääkitystä annetaan useimmiten injektiona lihakseen ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä ja joskus pidempäänkin, riippuen leikkauksen laajuudesta. Tässä on kuitenkin jokaisella sairaalalla omat käytäntönsä. Kipulääkitystä jatketaan säännöllisesti suun kautta annettavana muotona. (Rosemberg ym. 1999, 759–760.)

Lääkkeiden vaikutusta ja mahdollisia sivuvaikutuksia seurataan säännöllisesti. Ennen lääkkeen antamista on varmistettava, että lääke sopii potilaalle. Kipulääkkeet annetaan aina ensisijaisesti suun kautta. Jos tämä ei ole mahdollista, ne annetaan laskimoon. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 71–73, 341.)

5.6.1. Opioidit

Opioideiksi kutsutaan keskushermostoon vaikuttavia voimakkaita kipulääkkeitä. Tunnetuin aine on morfiini. Opioideja käytetään keskivaikean ja vaikean kivun hoitamisessa. Tavallisimpia käyttötilanteita ovat leikkauskivun hoito tai tapaturman aiheuttama kipu. Myös äkillisten sairauskohtauksien, kuten sydäninfarktin kipuoireisiin voidaan käyttää opioideja. Opioideja käytetään lisäksi paljon myös syöpäkipujen lieventämisessä. (Huotari 2004.)

Opioidit jaetaan tehonsa mukaan mietoihin, keskivahvoihin ja vahvoihin opioideihin. Miedot opioidit eivät auta kipuun yhtä hyvin kuin vahvemmat, mutta niissä on täten myös vähemmän haittavaikutuksia, joten ne aiheuttavat vähemmän ongelmia potilaalle. Monesti opioidien yhteydessä käytetään lisäksi tulehduskipulääkkeitä ja parasetamolia, jotka tehostavat opioidien vaikutusta. Lääkeaineiden yhdistämistä käyttämällä saadaan pienennettyä kummankin lääkkeen annosta, joten sivuvaikutuksien määrä vähenee. (Huotari 2004.)

Akuutin kivun hoidossa sairaalaolosuhteissa käytetään usein injektiona lihakseen tai laskimoon annettavia hoitomuotoja. Näin vaikutus saadaan aikaan nopeasti, mutta tämäntyyppinen käyttö vaatii valvotut olosuhteet ja potilaan hyvää seuraamista. Leikkauskivun hoidossa siirrytään yhä enemmän muutaman vuorokauden kestävään, säännölliseen tablettimuotoiseen kipulääkitykseen. Tässä käytetään voimakkaita, pitkävaikutteisia opioideja. (Huotari 2004.)

Opioidilääkitys pyritään aloittamaan yleensä miedoilla opioideilla. Tavallisimpia Suomessa käytettyjä ovat tramadoli ja kodeiini. Miedoilla opioideilla on selkeä raja, jonka jälkeen teho ei enää lisäännä. Samoin on myös tulehduskipulääkkeiden käytön kohdalla. Jos miedolla opioidilla saadaan apua kipuun, mutta maksimiannoksellaan kivunlievitys ei ole riittävä, on harkittava vahvan opioidin kokeilua. Tavallisimmin miedot opioidit ovat tablettimuodossa. (Huotari 2004.)

Ainut käytössä oleva keskivahva opioidi on buprenorfiini. Siitä on käyttömuotona sekä nestemäinen että kielenalustabletti. Lääke soveltuu lyhytvaikutteisuutensa vuoksi parhaiten akuutin kivun hoitoon. (Huotari 2004.)

Suomessa käytettäviä vahvoja opioideja ovat morfiini, oksikodoni, metadoni ja fentanylili. Leikkaussalissa ovat lisäksi käytössä alfentanylili, sufentanylili ja remifentanylili. Tavallisesti vahvoja opioideja annetaan joko injektiona lihakseen tai suonen sisäisesti. (Huotari 2004.)

Pitkäaikaiseen hoitoon vahvoista opioideista soveltuvat parhaiten pitkävaikutteiset valmisteet. Lääkitys suunnitellaan säännölliseksi ja lääke annetaan tietyn kellonajan tarkkuudella. Annosta lisätään vähitellen kunnes saavutetaan riittävä hoitotaso. Annoksen nostoa voi kuitenkin rajoittaa sivuvaikutusten ilmaantuminen. Jos sivuvaikutuksia on paljon, lääkkeen käyttö joudutaan usein lopettamaan ja mietitään muita kivunhoitomahdollisuuksia. (Huotari 2004.)

5.6.2. Epiduraalinen lääkitys

Epiduraalista kivunhoitoa käytetään isompien leikkausten yhteydessä. Ohuen muovikatetrin kautta pumpataan perfuusorilla laimeaa puudutteen ja kipulääkkeen

sekoitusta selässä nikamahaarakkeiden alla sijaitsevaan epiduraalitilaan siten, että saadaan aikaan riittävä kivunlievitys leikkausalueelle. Hoitoa jatketaan yleensä 2-3 vuorokautta leikkauksen jälkeen. Osastolla hoitajat valvovat kivunhoidon onnistumista. (Linden, Kemppainen & Nieminen 2006.)

5.6.3. Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli

Mietoja särkylääkkeitä kuten parasetamoli, ibuprofeeni, ketoprofeeni ja asetyylisalisyylihappo käytetään kerta-annoksina ja ne auttavat hyvin kipuun. Lisäksi ne ovat pitkäaikaiskäytössäkin siedettyjä. Tulehduskipulääkkeet voivat kuitenkin aiheuttaa mahaärsytystä ja allergiaa, jotka voivat estää särkylääkkeen käytön. Parasetamolia pidetään miedoista särkylääkkeistä turvallisimpana, sillä se ei ärsytä maha-suolikanavaa eikä vaikuta veren hyytymiseen kuten tulehduskipulääkkeet. (Holmia ym. 2006, 135.)

Tulehduskipulääkkeitä ei suositella käytettävän samanaikaisesti muiden tulehduskipulääkkeiden kanssa. Jos lääkkeen teho ei riitä, siihen tulee lisätä opioideja. Tulehduskipulääkkeet lisäävät vahvojen opioidien tehoa ja näin vähentävät niiden tarvetta. (Holmia ym. 2006, 135.)

5.7. Kipulääkkeiden haittavaikutukset

Haittavaikutukset ovat kipulääkkeissä melko yleisiä. Yhteisestä vaikutusmekanismista johtuen haittavaikutukset ovat samankaltaisia. Joitakin poikkeavuuksia opioidien, tulehduskipulääkkeiden ja parasetamolin haittavaikutuksien välillä on. (Huotari 2004.)

5.7.1 Opioidien haittavaikutukset

Opioidien haittavaikutukset ovat yleisiä, varsinkin jos käytössä on voimakkaita opioideja. Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat ummetus ja väsymys. Myös muita haittavaikutuksia saattaa ilmetä, kuten muistinhäiriöitä, huimausta, pahoinvointia ja kutinaa. Lääkkeen käyttö voi aiheuttaa myös sappikivikohtausten pahenemista ja virtsaamisvaivoja. Yleensä nämä haittavaikutukset helpottavat parin viikon kuluessa. Ummetus saattaa kuitenkin jatkua, varsinkin jos käyttää opioideja

pitkään. Tällöin olisi hyvä lisätä kuituja ruokavalioon ja huolehtia riittävästä nesteen saannista. Lisäksi olisi hyvä tarvittaessa aloittaa jokin ummetusta helpottava lääkitys. (Huotari 2004.)

5.7.2 Epiduraalisen lääkityksen haittavaikutukset

Epiduraalisen kipulääkityksen haittavaikutuksia voi olla kutinaa, pahoinvointia, oksentelua ja sekavuutta. Joskus se voi myös aiheuttaa hengityslaman. (Korkeila 1990, 103.)

5.7.3 Parasetamolin ja tulehduskipulääkkeiden haittavaikutukset

Tulehduskipulääkkeiden tavallisimpia haittavaikutuksia ovat ruuansulatuskanavan ärsytys, joka ilmenee usein närästyksenä, pahoinvointina, vatsakipuna sekä oksenteluna. Pitkäaikaisessa käytössä voi suoliston limakalvoille tulla haavaumia. Mahaan kohdistuva haitallisuus lisääntyy annoksen suuretessa ja tämän vuoksi onkin tärkeää, että suositeltuja annoksia ei ylitetä sekä vältetään tulehduskipulääkkeiden yhteiskäyttöä. (Nurminen 2001, 228 -229.)

Tulehduskipulääkkeillä on myös allergisoivia vaikutuksia. Näitä voivat olla muun muassa iho-oireet, nuha sekä nenän tukkoisuus. Lisäksi haittavaikutuksina voivat olla keskushermosto-oireet, verenvuotohäiriöt, särkylääkepäänsärky sekä turvotustaipumus. (Nurminen 2001, 229 -230.)

Parasetamoli on hyvin siedetty lääkeaine. Kuitenkin pitkään käytettynä tai suurina annoksina se vaikuttaa maksan ja munuaisten toimintaan. Tällöin laboratoriokokeissa määritellyt maksa-arvot ASAT ja ALAT nousevat yli viitearvojen. Lisäksi se saattaa vaikeuttaa veren hyytymistä. Parasetamolin ohjeannostusta ei siis tule ylittää. Aikuisella maksimivuorokausiannos on 4 grammaa lääkeainetta, mutta riittävänä voidaan pitää 3 gramman vuorokausiannosta. Aiemmin parasetamolia ei suositeltu käytettäväksi alkoholinkäytön yhteydessä maksavaurion vaaran vuoksi. Uusimmissa tutkimuksissa on kuitenkin havaittu alkoholin jopa suojaavan terveen ihmisen maksaa parasetamolin vaikutukselta. Jatkuvasti alkoholia käyttävien tulee kuitenkin välttää parasetamolin käyttöä. (Hamunen 2009.)

6. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA ONGELMAT

Tutkimuksen aloittamisessa tärkeintä on selvittää sen tehtävän tai ongelman luonne, joka halutaan ratkaista (Eriksson ym. 2008, 89). Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla postoperatiivista kivunhoitoa kirurgisilla osastoilla. Tavoitteena on tuottaa tietoa leikkauksesta tulleiden potilaiden kokemuksista kivusta ja sen hoidosta osastoilla. Tiedon avulla voidaan kehittää kivun hoitoa. Tutkimus toteutettiin yhden keskussairaalan kirurgisilla osastoilla.

Tutkimusongelmat olivat seuraavat:

1. Millaista postoperatiivista kipua potilaat kokevat?
2. Miten potilaiden postoperatiivinen kipu huomioidaan?
3. Millaista hoitoa potilaat saavat postoperatiiviseen kipuun?
4. Miten potilaiden ohjaus kivunhoidosta toteutuu?

7. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1. Tutkimusmenetelmälliset lähtökohdat

Tutkimusongelmia on lähestyttävä eri tavoin ja sopivan lähestymistavan valitseminen vaatii huolellista perehtymistä aihealueen kirjallisuuteen (Eriksson ym. 2008, 89). Tämä opinnäytetyönä tehty tutkimus on pääosin kvantitatiivinen, mutta sisältää myös kvalitatiivisen osuuden. Kvantitatiivisesta lähtökohdasta aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, joka antoi määrällisiä tuloksia tilastollisin menetelmin analysoituina. Kvalitatiivisesta lähtökohdasta kyselylomakkeeseen sisällytettiin avoimia kysymyksiä, jotka analysoitiin sisällön analyysillä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140.)

7.2. Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin postoperatiivisessa hoidossa olevat suomenkieliset potilaat yhden keskussairaalan kolmelta kirurgiselta osastolta. Aineisto kerättiin kesäkuun 2009 aikana. Jokaiselle osastolle jaettiin 50 kappaletta saatekirjeitä (Liite 1.) ja kyselylomakkeita (Liite 2.). Hoitohenkilökunta jakoi kyselylomakkeet ja saatekirjeet kohderyhmään kuuluville potilaille. Osastoille vietiin yhteensä 150 kyselylomaketta, ja vastausaikaa annettiin yksi kuukausi. Vastauksia saatiin 41 ja vastausprosentti oli 27 % (n=41). Tutkimusaineistoon otettiin mukaan kaikki palautetut kyselylomakkeet, vaikka joissakin oli tyhjäksi jätettyjä kohtia. Kyselyyn vastanneet potilaat palauttivat täytetyn lomakkeen suljettuun vastauslaatikkoon.

7.3. Aineiston keruu

Kirjallinen lupa tutkimuksen toteuttamiseen saatiin keväällä 2009. Kyselylomake laadittiin tutkittuun tietoon ja muuhun kirjallisuuteen perustuen. Kyselyyn vastattiin nimettöminä. Taustatiedoista kysyttiin vastaajan sukupuolta, ikää ja koulutusta. Postoperatiivista kivunhoitoa koskevat strukturoidut kysymykset käsittelivät kivun laatua sekä potilaan kivun tuntemuksia (kysymykset A 1-4), potilaan lääkityksen saatavuudesta ja tehokkuudesta (kysymykset B 1-8), potilaan tietoa saamastaan lääkityksestä (kysymykset C 1-2). Kysymykset C 3-4

kartoittivat epäselviksi jääneitä asioita kipulääkityksestä ja mitä vastaajat olisivat halunneet tietää enemmän kipulääkityksestään. Lääkkeiden vaikuttavuutta ja haittavaikutuksia mittasivat kysymykset D 1-3. Strukturoiduissa kysymyksissä mitta-asteikko oli 1-5. Strukturoituja kysymyksiä oli yhteensä 16 ja avoimia kysymyksiä oli 5. Avoimissa kysymyksissä kysyttiin potilaiden tietämystä saamistaan kipulääkkeistä ja muista hoitomenetelmistä. Lopuksi kysyttiin yleisarvosanaa vastaajien saamasta kivunhoidosta. Kyselylomake esiteltiin viidellä potilaalla yhdellä kirurgisella osastolla.

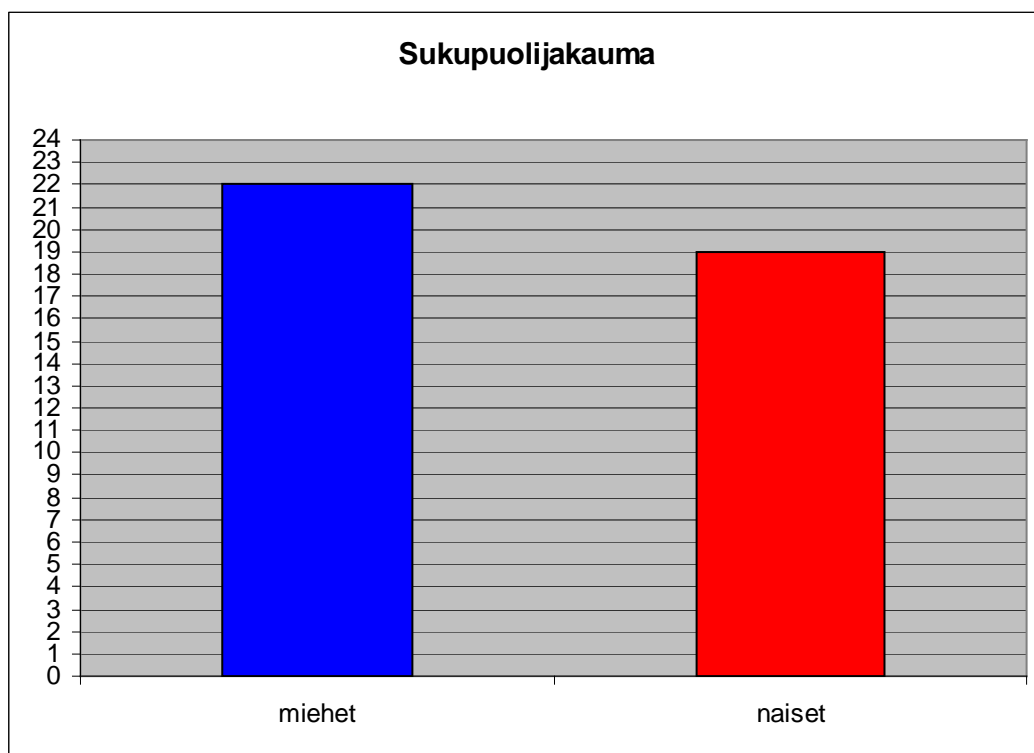
7.4. Aineiston analysointi

Strukturoidut kysymykset analysoitiin Microsoft Excel -ohjelmalla. Tulokset syötettiin ohjelmaan ja niistä muodostettiin taulukoita ja sektoreita. Tuloksista laskettiin keskiarvot ja prosenttiosuudet. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysillä. Sisällön analyysi tehtiin aineistolähtöisesti induktiivisella otteella (Tanskanen 1999). Avoimien kysymysten vastaukset olivat suppeita ja selväsanaisia. Samankaltaiset vastaukset koottiin yhteen ja niistä tehtiin tiivistäviä johtopäätöksiä joista saatiin avoimiin kysymyksiin tulokset.

8. TUTKIMUKSEN TULOKSET

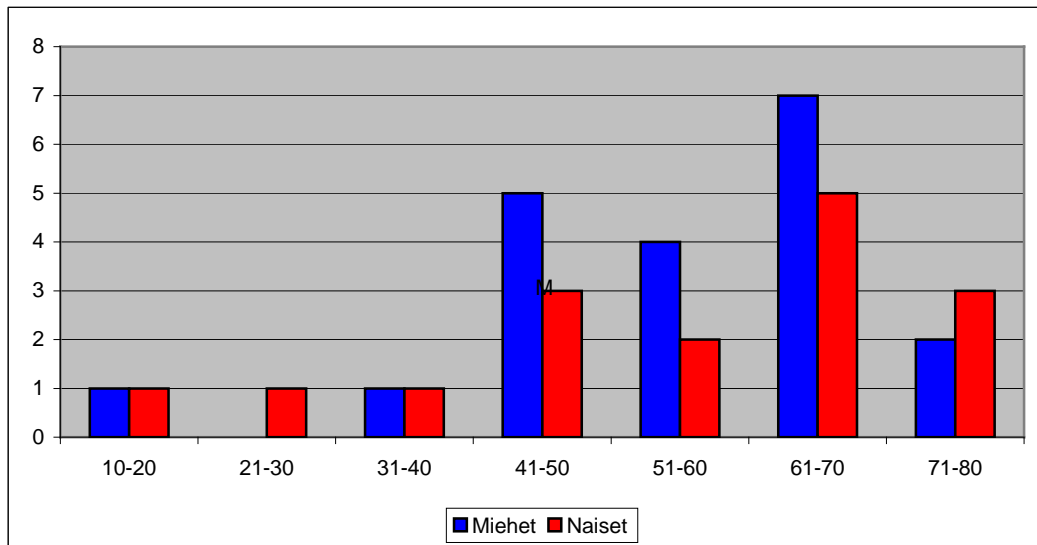
8.1 Tutkittavien taustatiedot

Vastaajista miehiä oli 53,7 % (n=22) ja naisia 46,3 % (n=19) (kuvio 1).



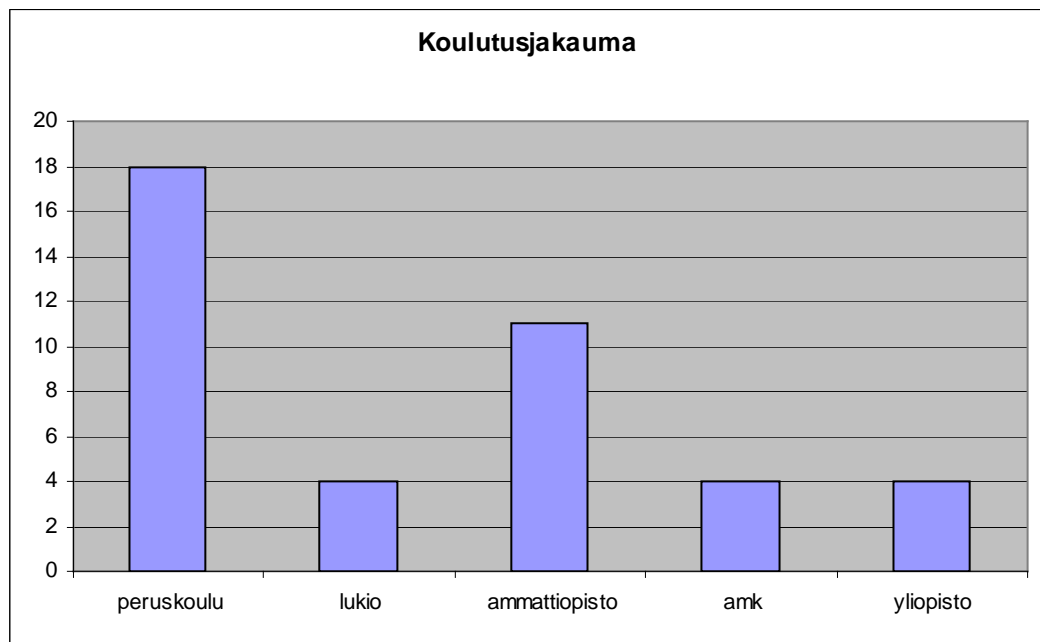
Kuvio 1 Vastaajien sukupuolijakauma

Vastaajien ikäjakauma oli laaja, 18-vuotiaasta 80-vuotiaaseen. Vastaajista 29,3 % oli 61-70-vuotiaita (n=12). Toiseksi suurin ryhmä (19,5%, n=8) oli 41-50-vuotiaita. 51-60-vuotiaita oli 14,6 % (n=6), 71-80-vuotiaita 12,2 % (n=5), 10-20 ja 31-40-vuotiaita oli kumpiakin 4,9 % (n=2) ja 21-30-vuotiaita oli vähiten (2,4 % n=1). Kuviossa 2 esitetään eri sukupuolten välinen ikäjakauma.



Kuvio 2. Vastaajien ikäjakauma sukupuolen mukaan

Suurin osa vastaajista oli peruskoulun käyneitä (43,9 %, n=18). Toiseksi suurin ryhmä oli ammattikoulun käyneitä (26,8 %, n=11). Loppujen vastaajien koulutustaso jakautui tasaisesti. Lukion käyneitä oli 9,8 % (n=4). Ammattikorkeakoulun (amk) käyneitä 9,8 % (n=4) ja yliopiston käyneitä oli myös 9,8 % (n=4). Vastaajien koulutusjakauma on kuvattu kuviossa 3.



Kuvio 3. Vastaajien koulutusjakauma

8.2 Potilaiden kokema kipu

Kyselylomakkeen osion A kysymykset A 1-4 koskivat kivun kuvausta ja niiden tarkoituksena oli selvittää minkälaista kipua potilaat kokivat tai tunsivat. Vastausvaihtoehdoksi annettiin jatkumolta valittavaksi numeeriset vaihtoehdot väliltä 1-5 (1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä).

Kysymyksen A1 tarkoituksena oli selvittää leikkauksen jälkeisen kivun tunnetta. Erikseen tarkasteltiin ”polttavan”, ”pistävän”, ”viiltävän”, ”jomottavan”, ”ahdistavan”, ”kuumottavan” ja ”vihlovan” kivun kokemista.

Polttavan kivun tunnetta arvioi numeroarvolla 5 12,2 % (n=4) vastaajista. Numeroarvon 4 valitsi 31,7 % (n=13) vastaajista. Numeroarvolla 3 vastasi 12,2 % (n=4) vastaajista. Numeroarvolla 2 vastasi 4,9 % (n=2) vastaajaa ja numeroarvolla 1 vastasi 22 % (n=9) vastaajista. Vastaamatta tähän kohtaan jätti 17,1 % (n=7) vastaajista. (Kuvio 4.)

Pistävän kivun tunnetta arvioi numeroarvolla 5 14,6 % (n=6) vastaajista. Numeroarvolla 4 vastasi 19,5 % (n=8) vastaajista. Numeroarvolla 3 vastasi 7,3 % (n=3). Numeroarvolla 2 vastasi 7,3 % (n=3) vastaajista ja numeroarvolla 1 vastasi 17,1 % (n=7) vastaajista. Vastaamatta tähän kohtaan jätti 34,1 % (n=14) vastaajista. (Kuvio 4.)

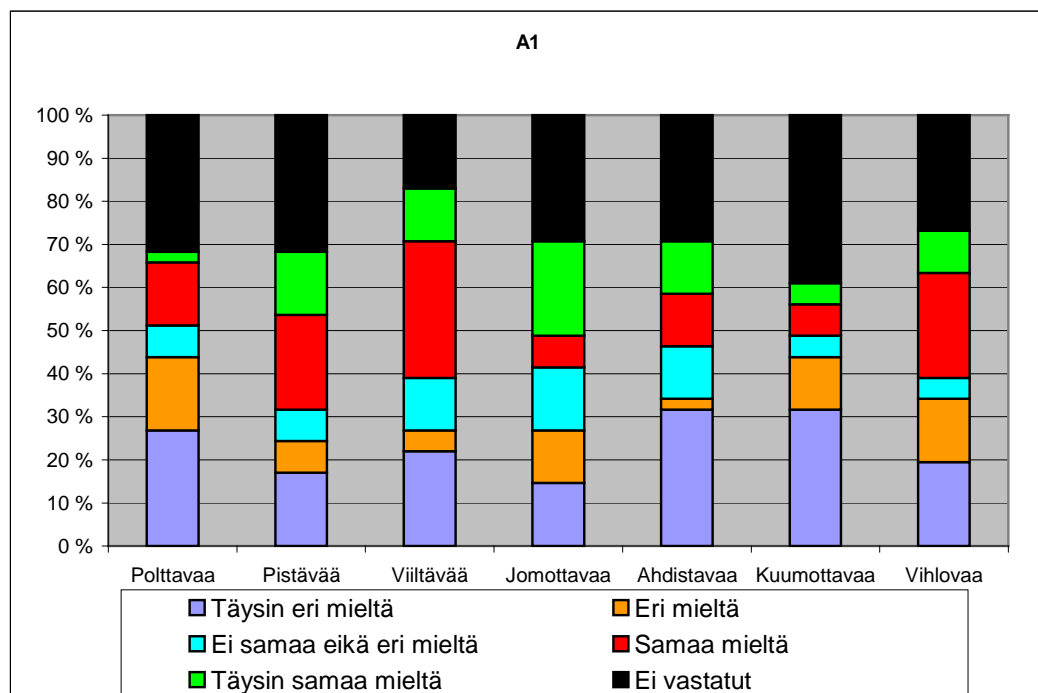
Viiltävän kivun tunnetta arvioi numeroarvolla 5 12,2 % (n=5) vastaajista. Numeroarvolla 4 vastasi 27 % (n=11) vastaajista. Numeroarvolla 3 vastasi 12,2 % (n=5) vastaajista. Numeroarvolla 2 vastasi 4,9 % (n=2) vastaajista ja numeroarvolla 1 vastasi 22 % (n=9) vastaajista. Vastaamatta tähän kohtaan jätti 22 % (n=9) vastaajista. (Kuvio 4.)

Jomottavan kivun tunnetta arvioi numeroarvolla 5 22 % (n=9) vastaajista. Numeroarvolla 4 vastasi 7,3 % (n=3) vastaajista. Numeroarvolla 3 vastasi 14,6 % (n=6) vastaajista. Numeroarvolla 2 vastasi 12,2 % (n=5) vastaajista ja numeroarvolla 1 vastasi 12,2 % (n=5) vastaajista. Vastaamatta tähän kohtaan jätti 29,3 % (n=12) vastaajista. (Kuvio 4.)

Kysyttäessä ahdistavan kivun kokemusta numeroarvolla 5 vastasi 12,2 % (n=5) vastaajista. Numeroarvolla 4 vastasi 12,2 % (n=5) vastaajista. Numeroarvolla 3 vastasi 12,2 % (n=5) vastaajista. Numeroarvolla 2 vastasi 2,4 % (n=1) vastaajista ja numeroarvolla 1 vastasi 31,7 % (n=13) vastaajista. Tähän kohtaan vastaamatta jätti 29,3 % (n=12) vastaajista. (Kuvio 4.)

Kuumottavan kivun tunnetta arvioi numeroarvolla 5 4,9 % (n=2) vastaajista. Numeroarvon 4 valitsi 7,3 % (n=3) vastaajista. Numeroarvolla 3 vastasi 4,9 % (n=2) vastaajista. Numeroarvolla 2 vastasi 12,2 % (n=5) vastaajista ja numeroarvolla 1 vastasi 31,7 % (n=13) vastaajista. Tähän kohtaan vastaamatta jätti 39 % (n=16) vastaajista. (Kuvio 4.)

Kysyttäessä vihlovan kivun kokemista numeroarvolla 5 vastasi 9,8 % (n=4) vastaajista. Numeroarvolla 4 vastasi 24,4 % (n=10) vastaajista. Numeroarvolla 3 vastasi 4,9 % (n=2) vastaajista. Numeroarvolla 2 vastasi 12,2 % (n=5) vastaajista ja numeroarvolla 1 vastasi 19,5 % (n=8) vastaajista. Tähän kohtaan vastaamatta jätti 29,3 % (n=11). (Kuvio 4.)



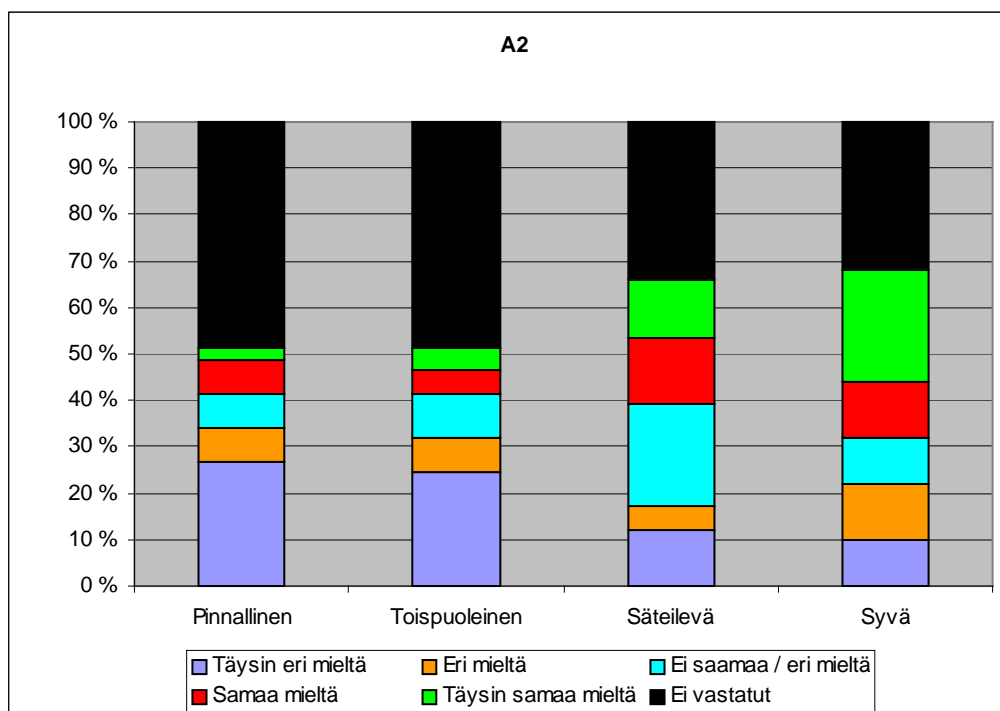
Kuvio 4. Vastaajien kokeman kivun tunteen kuvailu

Kysymyksellä A2 haluttiin selvittää, millä tavalla vastaajat kokivat kivun sijainnin. Sijaintia tarkasteltiin ”pinnallisuuden”, ”toispuoleisuuden”, ”säteilevyyden” ja ”syvyyden” näkökulmasta. Kivun pinnallisuutta arvioi numeroarvolla 5 (täysin samaa mieltä) 2,4 % (n=1) vastaajista. Numeroarvon 4 valitsi 7,3 % (n=3) vastaajista. Numeroarvolla 3 vastasi 7,3 % (n=3) vastaajista. Numeroarvolla 2 vastasi 7,3 % (n=3) vastaajista ja numeroarvolla 1 vastasi 26,8 % (n=11) vastaajista. Vastaamatta tähän kohtaan jätti 48,9 % (n=20) vastaajista. (Kuvio 5.)

Kysyttäessä kivun toispuoleisuutta numeroarvolla 5 vastasi 4,9 % (n=2) vastaajista. Numeroarvon 4 valitsi 4,9 % (n=2) vastaajista. Numeroarvolla 3 vastasi 9,8 % (n=4) vastaajista. Numeroarvolla 2 vastasi 7,3 % (n=3) vastaajista ja numeroarvolla 1 vastasi 24,4 % (n=10) vastaajista. Vastaamatta tähän kohtaan jätti 48,9 % (n=20) vastaajista. (Kuvio 5.)

Kivun säteilevyyttä arvioi numeroarvolla 5 12,2 % (n=5) vastaajista. Numeroarvolla 4 vastasi 14,6 % (n=6) vastaajista. Numeroarvolla 3 vastasi 22 % (n=9) vastaajista. Numeroarvolla 2 vastasi 4,9 % (n=2) vastaajista ja numeroarvolla 1 vastasi 12,2 % (n=5) vastaajista. Vastaamatta tähän kohtaan jätti 34,1 % (n=14) vastaajista. (Kuvio 5.)

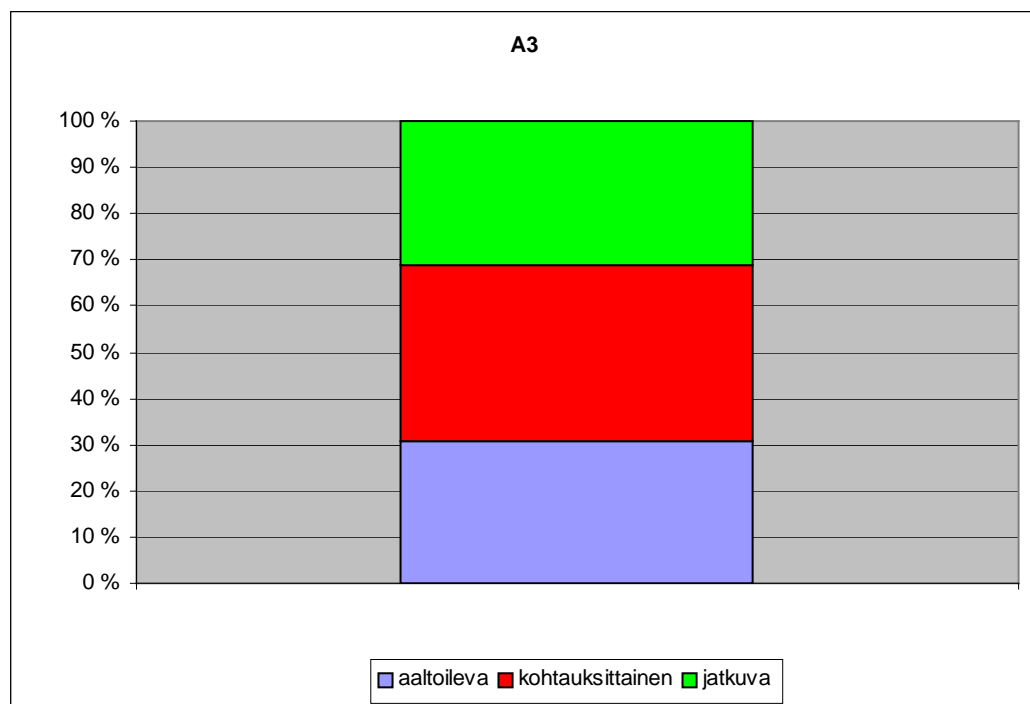
Kivun syvyyttä arvioi numeroarvolla 5 24,4 % (n=10) vastaajista. Numeroarvolla 4 vastasi 12,2 % (n=5) vastaajista. Numeroarvolla 3 vastasi 9,8 % (n=4) vastaajista. Numeroarvolla 2 vastasi 12,2 % (n=5) vastaajista ja numeroarvolla 1 vastasi 9,8 % vastaajista. Vastaamatta tähän kohtaan jätti 31,7 % (n=13) vastaajista. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Vastaajien kuvaama kivun sijainti

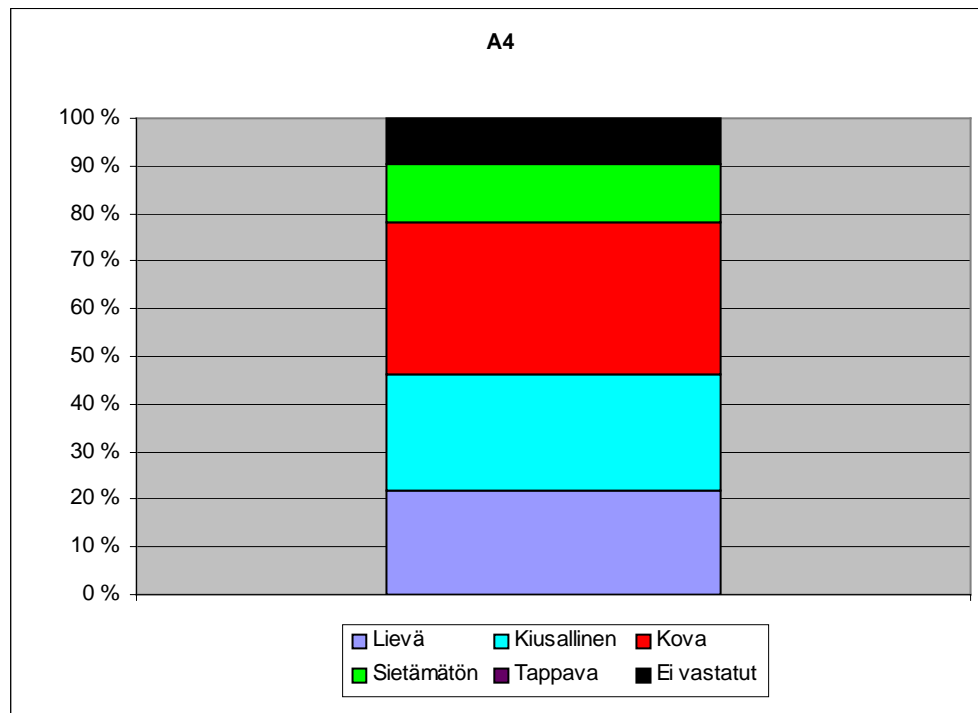
Kysymyksen A3 tarkoituksena oli kuvata millä tavalla kipu ilmeni vastaajien mielestä. Vaihtoehtoja oli kolme. Yksi vastaajista tunsi kahden tyyppistä kipua. Tällöin huomioitiin molemmat vastaukset.

Tyypin ”aaltoileva” koki parhaiten omaa kipuaan kuvaavaksi 31,7 % (n=13) vastaajista. Tyypin ”kohtauksittainen” valitsi 39 % (n=16) vastaajista ja tyypin ”jatkuva” vastasi 31,7 % (n=13) vastaajista. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Vastaajien kuvaus kivun laadusta

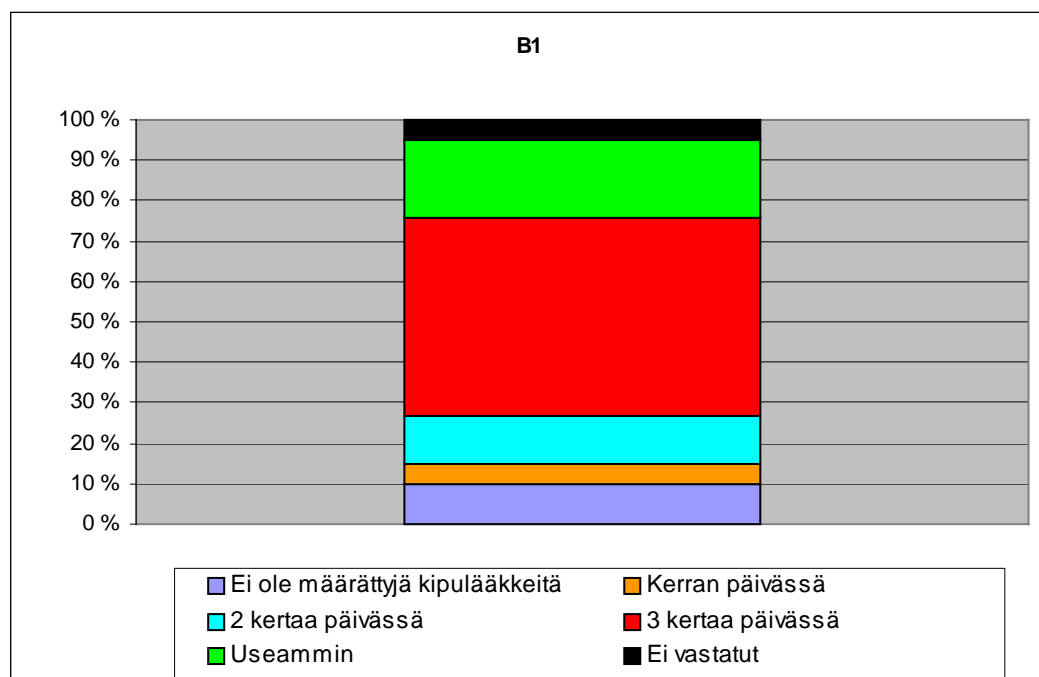
Kysymys A4 kartoitti vastaajien kokeman kivun voimakkuutta. Lievää kipua tunsi 21,9 % (n=9) vastaajista. Kiusallista kipua tunsi 24,4 % (n=10) vastaajista. Kovaa kipua tunsi 31,7 % (n=13) vastaajista ja sietämätöntä kipua tunsi 12,2 % (n=5) vastaajista. Tappavaa kipua ei tuntenut kukaan vastaajista. Tähän kohtaan vastaamatta jätti 9,6 % (n=4) vastaajista.



Kuvio 7. Vastaajien kuvaus kivun voimakkuudesta

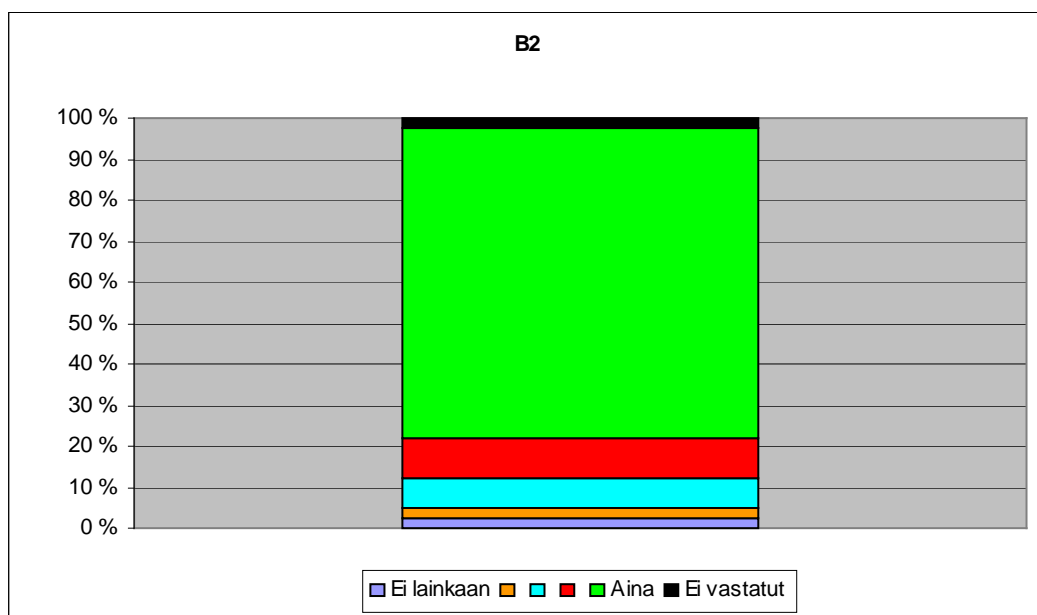
8.3 Kipulääkityksen saatavuus ja riittävyys

Kyselomakkeen osiossa B selvitettiin kipulääkkeiden saatavuutta ja tehokkuutta. B-osiossa oli kahdeksan kysymystä, joista yksi (B5) oli kaksiosainen. Ensimmäisessä kysymyksessä selvitettiin kuinka usein potilaat saivat heille määrättyjä listalla olevia kipulääkkeitä. Useammin kuin 3 kertaa päivässä kipulääkkeitä sai 19,5 % (n=8) vastaajista. Kolmesti päivässä kipulääkkeitä sai 48,8 % (n=20) vastaajista. Kahdesti päivässä kipulääkkeitä sai 12,2 % (n=5) vastaajista ja kerran päivässä kipulääkkeitä sai 4,9 % (n=2) vastaajista. Neljä vastaajista (9,8 %) ei saanut kipulääkkeitä lainkaan. (Kuvio 8.)



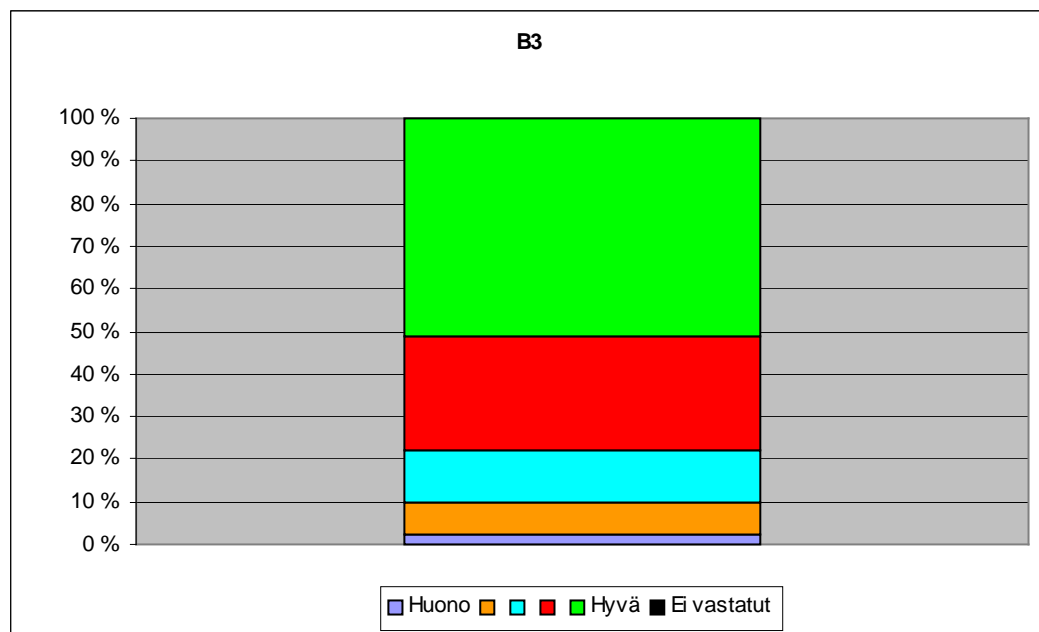
Kuvio 8. Vastaajien säännöllisesti saamien, heille määrättyjen kipulääkkeiden saanti

Kysymys B2 selvitti kuinka hyvin potilaita kuunneltiin, kun he kertoivat kivuistaan. Vastausvaihtoehdoiksi annettiin jatkumolta valittavaksi numeeriset vaihtoehdot väliltä 1-5 (1 = ei lainkaan, 5 = aina). Vastaajista suurin osa (75,6 % n=31) oli sitä mieltä, että heitä kuunneltiin aina ja vastasivat numeroarvolla 5. Numeroarvolla 4 vastasi 9,8 % (n=4). Numeroarvolla 3 vastasi 7,3 % (n=3) vastaajista. Numeroarvolla 2 vastasi 2,4 % (n=1) vastaajista. 2,4 % (n=1) vastaajista vastasi numeroarvolla 1 eli oli sitä mieltä, ettei häntä kuunneltu lainkaan. (Kuvio 9.)



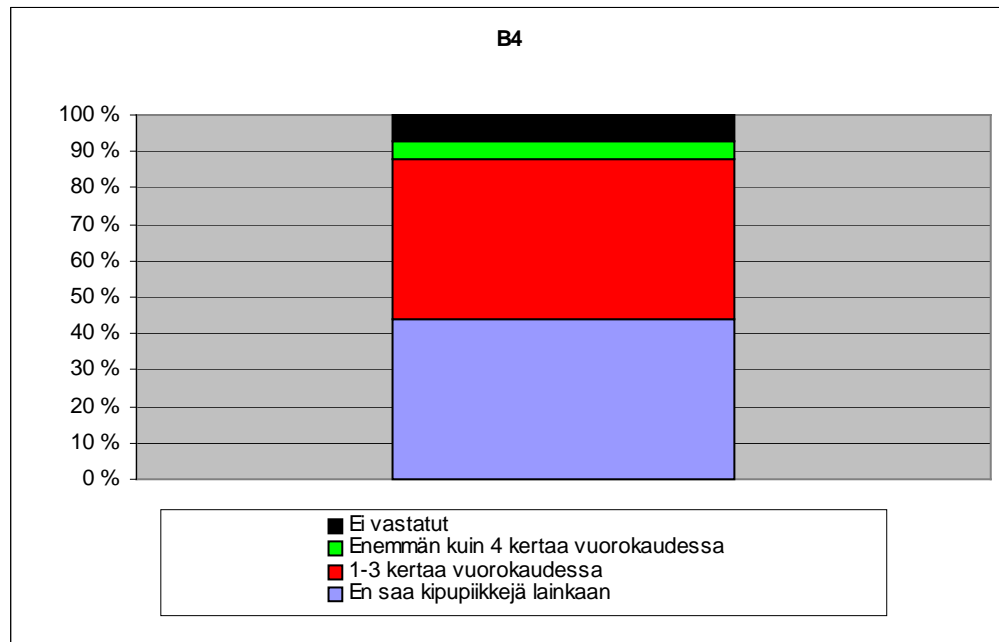
Kuvio 9 Vastaajien kokemus siitä kuunnellaanko heitä, kun he kertoivat kivuistaan.

Kysymys B3 mittasi kipulääkityksen riittävyyttä. Vastausvaihtoehdoiksi annettiin jatkumolta valittavaksi numeeriset vaihtoehdot väliltä 1-5 (1=huono, 5=hyvä) Vastaajista 51,2 % (n=31) piti kipulääkitystään hyvin riittävänä ja vastasi numeroarvolla 5. Numeroarvolla 4 vastasi 26,8 % (n=11) vastaajista. Numeroarvolla 3 vastasi 12,2 % (n=5) vastaajista. Numeroarvolla 2 vastasi 7,3 % (n=3) vastaajista. Huonosti riittävänä kipulääkitystään piti 2,4 % (n=1) vastaajista ja vastasi numeroarvolla 1. (Kuvio 10.)



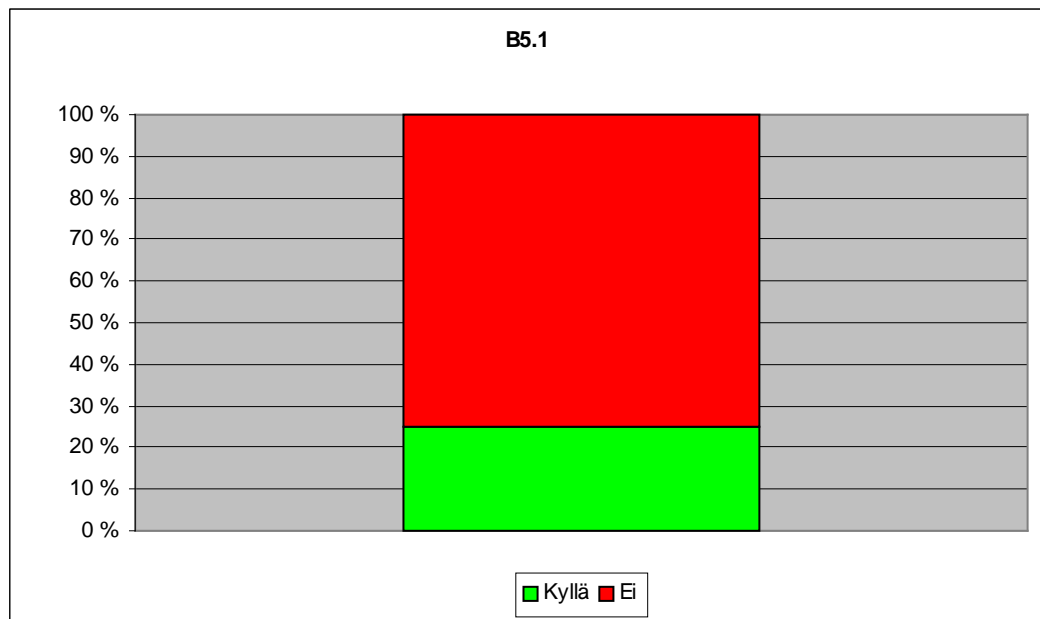
Kuvio 10 Vastaajien näkemykset kipulääkityksensä riittävyydestä

Kysymyksessä B4 kartoitettiin kuinka moni sai kivunlievitykseen injektiona annettavaa kipulääkitystä eli niin sanottuja kipupiikkejä. Vastaajista 43,9 % (n=18) ei saanut lainkaan kipupiikkejä kipuihinsa. Vastaajista 43,9 % (n=18) vastasivat saavansa niitä 1-3 kertaa vuorokaudessa. Vastaajista 4,9 % (n=2) vastasi saavansa injektioita useammin kuin neljä kertaa vuorokaudessa. Vastaajista 7,3 % (n=3) jätti vastaamatta tähän kysymykseen. (Kuvio 11.)



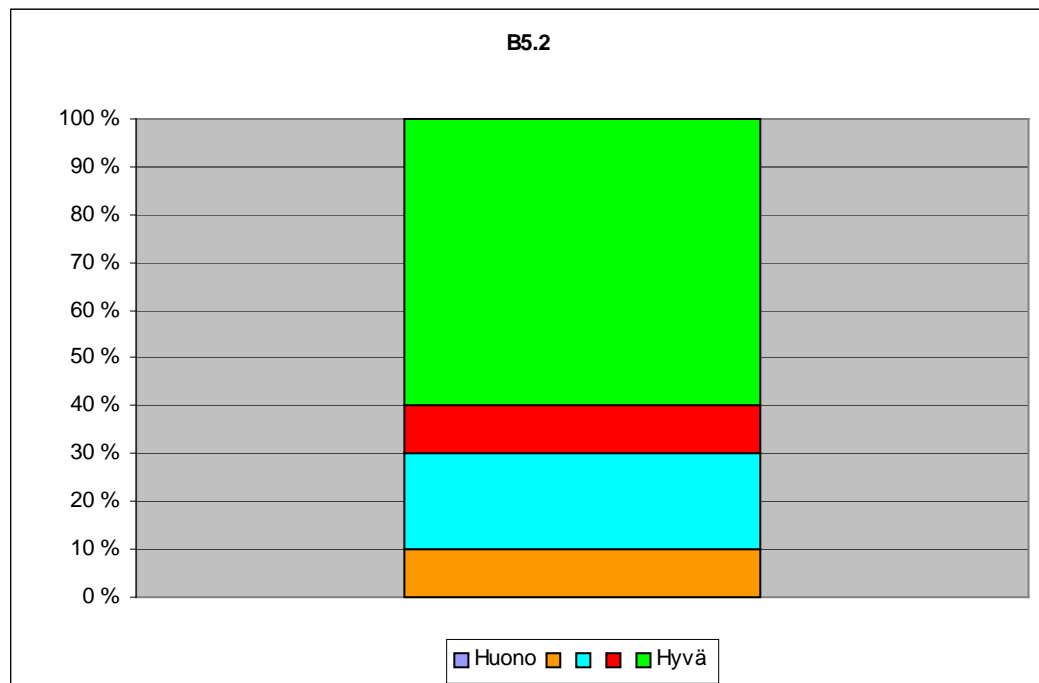
Kuvio 11 Kuinka usein vastaajat saivat kivunlievitykseen injektioita eli niin sanottuja kipupiikkejä

Kysymyksessä B5 kysyttiin onko vastaajilla ollut hoidon aikana käytössä perfuusori eli niin sanottu kipupumppu. Vastaajista 24,4 %:lla (n=10) oli käytössä perfuusori ja 73,2 %:lla (n=30) ei ollut sitä hoitojakson aikana. 2,4 % (n=1) jätti vastaamatta kysymykseen. (Kuvio 12.)



Kuvio 12 Vastaajien ilmoitus hoitojakson aikana käytössä olleesta perfuusorista

Kysymys B5 sisälsi lisäkysymyksen niille, joilla perfuusori oli käytössä hoitojakson aikana. Kysymyksellä selvitettiin perfuusorin tehokkuutta asteikolla 1- 5 (1=huono, 5=hyvä). Vastaajista 60 % (n=6) antoi kipupumpulle arvosanaksi numeron 5. Numeroarvolla 4 vastasi 10 % (n=1) vastaajista. Numeroarvolla 3 vastasi 20 % (n=2) vastaajista ja numeroarvolla 2 vastasi 10 % (n=1) vastaajista. Numeroarvolla 1 ei vastannut kukaan. Tähän kysymykseen vastasi kaksi vastaajaa, jotka olivat vastanneet edelliseen kysymykseen ”ei”. Nämä vastaukset hylättiin. (Kuvio 13.)



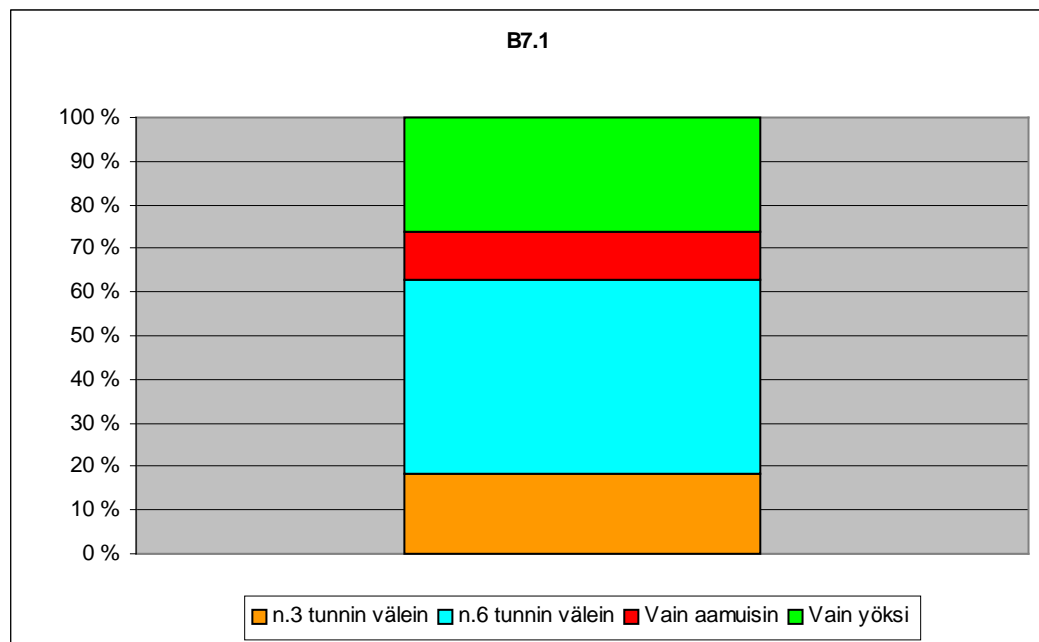
Kuvio 13 Vastaajien näkemykset perfuusorin tehokkuudesta kivunlievittäjänä

Kysymyksessä B6 kysyttiin kuinka moni vastaajista sai tarvittaessa saatavia kipulääkkeitä. Vastaajista 68,3 % (n=28) ilmoitti saavansa niitä. 29,3 % (n=12) ei saanut niitä. 2,4 % (n=1) jätti vastaamatta kysymykseen.



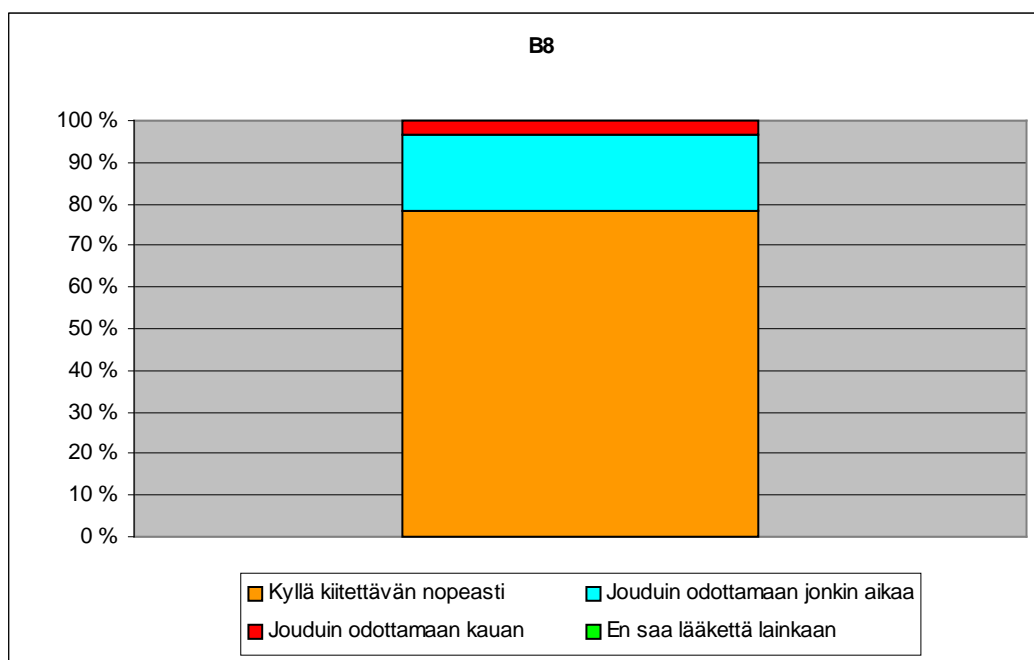
Kuvio 14 Vastaajien saama tarvittaessa saatava kipulääkitys

Kysymyksessä B7 selvitettiin kuinka usein 28 edelliseen kysymykseen ”kyllä” vastanneista sai tarvittaessa saatavia kipulääkkeitä. Heistä 19,4 % (n=6) kertoi saavansa lääkitystä noin kolmen tunnin välein. 43 % (n=12) kertoi saavansa lääkitystä noin kuuden tunnin välein. 10,7 % (n=3) kertoi saavansa niitä vain aamuisin ja 22,6 % (n=7) sai vain yöksi. Kysymykseen oli vastannut kolme vastaajaa, jotka olivat vastanneet edelliseen kysymykseen ”ei”. Nämä vastaukset hylättiin. (Kuvio 15.)



Kuvio 15 Vastaajien tarvittaessa saatavien kipulääkkeiden tarve

Kysymyksellä B8 selvitettiin kuinka nopeasti vastaajat halutessaan saivat kipulääkitystä sitä pyytäessään. Vastaajista 78,6 % (n=22) ilmoitti saavansa kipulääkettä kiitettävän nopeasti. Vastaajista 17,9 % (n= 5) joutui odottamaan jonkin aikaa kipulääkettä. 3,5 % (n=1) vastaajista koki joutuvansa odottamaan kauan kipulääkkeen saamista. Kukaan ei ilmoittanut, että ei saa ylimääräistä kipulääkettä tarvittaessa lainkaan. Tähän kysymykseen oli vastannut 11 vastaajaa, jotka olivat vastanneet ”ei” kysymykseen B6. Nämä vastaukset hylättiin. (Kuvio 16.)



Kuvio 16 Vastaajien tarvitseman kipulääkityksen saannin nopeus

8.4 Vastaajien saama ohjeistus

Kyselylomakkeen C-osiossa kysyttiin kivunhoidon ohjeistuksesta. Kysymyksistä neljä oli strukturoitua ja kolme avointa kysymystä.

Kysymyksessä C1 kysyttiin tiesivätkö vastaajat mitä kipulääkkeitä he saivat, millä annoksilla ja mitä mahdollisia haittavaikutuksia lääkkeillä on. Vastaajista 63,4 % (n=26) tiesi mitä kipulääkkeitä sai ja 22 % (n=9) ei tiennyt. 14,6 % (n=6) jätti vastaamatta.

Vastaajista 31,7 % (n=13) tiesi kipulääkkeidensä annostuksen, 46,3 % (n=19) ei tiennyt annostusta ja 22 % (n=9) jätti vastaamatta. Haittavaikutusten tuntemisesta kysyttäessä vastanneista 17,1 % (n=7) tiesi mahdollisista haittavaikutuksista, 53,7 % (n=22) ei tiennyt haittavaikutuksista. Tähän kysymykseen jätti vastaamatta 26,8 % (n=11).

Strukturoituun kysymykseen C1 liittyi myös avoin kysymys, jossa vastaajia pyydettiin mainitsemaan nimeltä mitä kipulääkkeitä he saivat. Vastaajista 41,5 % (n=17) kertoi saaneensa Panadolia. Vastaajista 22 % (n=9) kertoi saaneensa Ketorinia. Buranaa kertoi saaneensa 17,1 % (n=7) vastaajista. Vahvemmissa kipulääkkeistä Panacodia sai 9,8 % (n=4) vastaajista. Tramalia sai 7,3 % (n=3) vastaajista. Myös Oxynormia kertoi saaneensa 7,3 % (n=3) vastaajaa. Oxycontinia sai 4,9 % (n=2) vastaajista. Vastaajista 31,7 % (n=13) mainitsi saaneensa enemmän kuin yhtä kipulääkettä ja 22 % (n=9) mainitsi saaneensa vain yhtä kipulääkettä. Vastaajista 46,3 % (n=19) jätti vastaamatta kysymykseen.

Kysymyksessä C2 tiedusteltiin, oliko vastaajille jäänyt joitakin epäselviä asioita koskien heidän kipulääkitystään. 68,3 % (n=28) vastaajista oli sitä mieltä, ettei heille ollut jäänyt mitään epäselvää kipulääkityksestä. 22 %:lle (n=9) oli jäänyt jotakin epäselvää ja 9,8 % (n=4) jätti vastaamatta kysymykseen.

Kysymys C3 oli avoin kysymys, jossa tiedusteltiin edelliseen kysymykseen liittyen epäselviksi jääneitä asioita kipulääkityksestä. Kysymykseen vastasi 22 % (n=9) vastaajista. Kysymykseen vastanneet mainitsivat lääkkeiden annostuksen, niiden haittavaikutukset, huolen mahdollisesta lääkkeen aiheuttamasta riippuvuudesta sekä lääkkeensaannin vaihtelevuudesta. Seuraavassa esitetään joitain esimerkkejä tutkittavien vastauksista:

- *”En kysellyt, luotin henkilökuntaan.”*
- *”Mitä ovat, miten vaikuttavat?”*
- *”Kaikki lääkkeen nimet ja onko esim. huumelääke.”*
- *”Eri hoitajilla erilaiset ohjeet, toinen kielsi, toinen antoi.”*

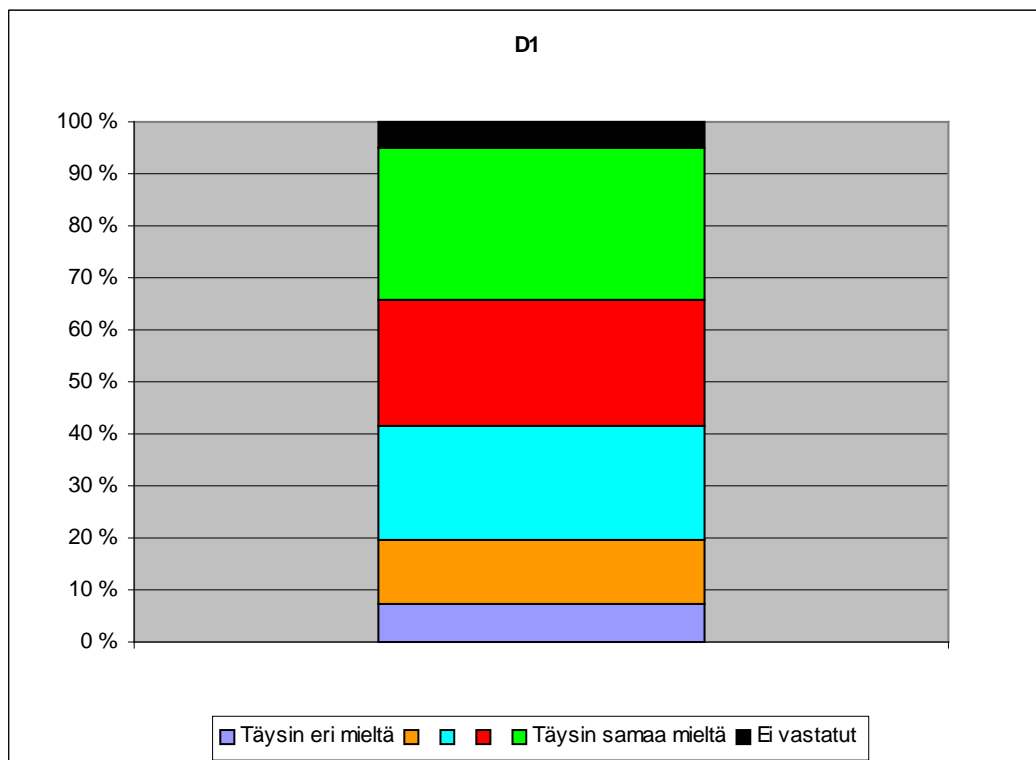
Kysymyksessä C4 kysyttiin, mitä vastaajat olisivat vielä halunneet tietää kipulääkityksestään. Vastauksia kysymykseen saatiin 17,1 %:lta (n=7). Vastaajat olisivat halunneet tietää enemmän lääkityksen määrästä ja vaikutuksista. Kipulääkityksen määrästä ja annostelusta halusi tietää lisää neljä vastaajaa vastaajista. Kipulääkkeiden vaikutuksista halusi tietää kolme vastaajaa. Seuraavassa esitetään joitain esimerkkejä tutkittavien vastauksista:

- *”Miksi ei automaattisesti lääkitys olla kovempi/ useammin, ettei tulisi niitä kipupiikkejä.”*
- *”Annostelun sekä käytettyjen lääkkeiden määrittelyperusteet.”*

8.5 Lääkityksen vaikutus

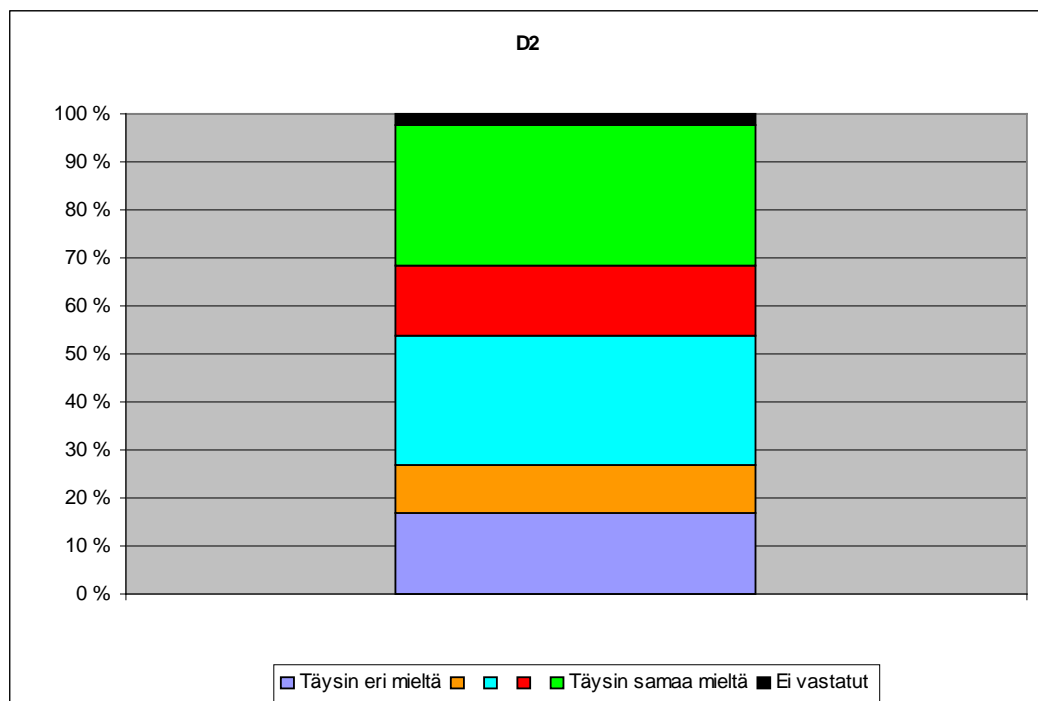
Lomakkeen D-osiossa pyrittiin selvittämään kipulääkityksen vaikutusta vastaajien kipuun sekä lääkeytymisen sivuvaikutuksia. Osiossa kysyttiin myös ei-lääkinnällisten kivunhoitomenetelmien vaikutusta sekä niiden tarpeellisuutta. Vastaajia pyydettiin myös antamaan arvosana kivunhoidon toteutumisesta osastoilla. Strukturoiduissa kysymyksissä D1-2 vastaajille annettiin jatkumolta valittavaksi numeeriset vaihtoehdot väliltä 1-5 (1= täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä) ja strukturoidussa kysymyksessä D3 vastaajille annettiin jatkumolta valittaviksi numeeriset vaihtoehdot väliltä 1-5 (1=ei ollenkaan, 5=paljon)

Kysymyksessä D1 selvitettiin tunsivatko vastaajat, että heidän kipulääkityksensä oli riittävä. Vastaajista 29,3 % (n=12) vastasi numeroarvolla 5 (täysin samaa mieltä). Vastaajista 14,6 % (n=6) vastasi numerolla 4, 24,4 % (n=10) vastaajaa vastasi numerolla 3. 9,8 % (n=4) valitsi vaihtoehdon 2. 7,3 % (n=3) vastaajaa ei pitänyt lääkeytymään ollenkaan riittävänä eli valitsivat vaihtoehdon ”täysin eri mieltä”. 17,1 % (n=7) jätti vastaamatta kyseiseen kysymykseen. (Kuvio 17.)



Kuvio 17 Kipulääkityksen riittävyys

Kysymyksessä D2 kysyttiin kuinka paljon kivun tunne häiritsi vastaajien oloa leikkauksen jälkeen osastolla. Vastaajista 29,3 % (n=12) oli sitä mieltä että kipu häiritsi heidän mukavuuden tunnettaan eli vastasivat ”täysin samaa mieltä”. 14,6 % (n=6) vastasi kysymykseen numerolla 4 ja 26,8 % (n=11) numerolla 3. 9,8 % (n=4) vastasi numerolla kaksi ja 17,1 % (n=7) oli sitä mieltä että kipu ei häirittänyt ollenkaan heidän mukavuuden tunnettaan leikkauksen jälkeen. Yksi vastaaja 2,4 % jätti vastaamatta tähän kohtaan. (Kuvio 18.)



Kuvio 18 Vastaajien kokema kivun aiheuttama häiritetty tunne leikkauksen jälkeen

Kysymyksessä D3 kysyttiin mahdollisista lääkityksen haittavaikutuksista. Kysyttäessä kutinan kokemista vastaajista vastasi 2,4 % (n=1) numeroarvolla 5 (=”paljon”). Kukaan ei vastannut numeroarvolla 4. Numeroarvolla 3 vastasi yksi vastaaja (2,4 %). Numeroarvolla 2 vastasi 9,8 % (n=4) vastaajista. Numeroarvolla 1 (=”ei ollenkaan”) vastasi 22 vastaajaa (53,6 %). 13 vastaajaa (31,7 %) jätti vastaamatta tähän kysymykseen.

Vastaajista pahoinvointia ilmoitti kokevansa numeroarvolla 5 (=”paljon”) yksi vastaaja (2,4 %). Numeroarvolla 4 ei vastannut kukaan. Numeroarvolla 3 vastasi 4,9 % (n=2) vastaajista. Numeroarvolla 2 vastasi 19,5 % (n=8) vastaajista. Numeroarvolla 1 (=”ei ollenkaan”) vastasi 39 % (n=16) vastaajista. 13 vastaajaa (31,7 %) jätti vastaamatta tähän kysymykseen.

Vastaajista puutumista ilmoitti kokevansa numeroarvolla 3 yksi vastaaja (2,4 %). Numeroarvolla 2 vastasi kaksi vastaajaa (4,9 %). Vastaajista numeroarvolla 1 (=”ei ollenkaan”) vastasi 58,5 % (n=24). Numeroarvoilla 4 ja 5 (=”paljon”) ei vastannut yksikään vastaaja. Tähän kysymykseen jätti vastaamatta 14 vastaajaa (34,1 %).

Lääkeaineista aiheutunutta ihottumaa ilmoitti saaneensa numeroarvolla 3 yksi vastaaja (2,4 %). Numeroarvolla 1 (=”ei ollenkaan”) vastasi 26 vastaajaa (63,4 %). Numeroarvoilla 5 (=”paljon”), 4 ja 2 ei vastannut yhtään vastaajaa. 14 vastaajaa (34,1 %) jätti vastaamatta tähän kysymykseen.

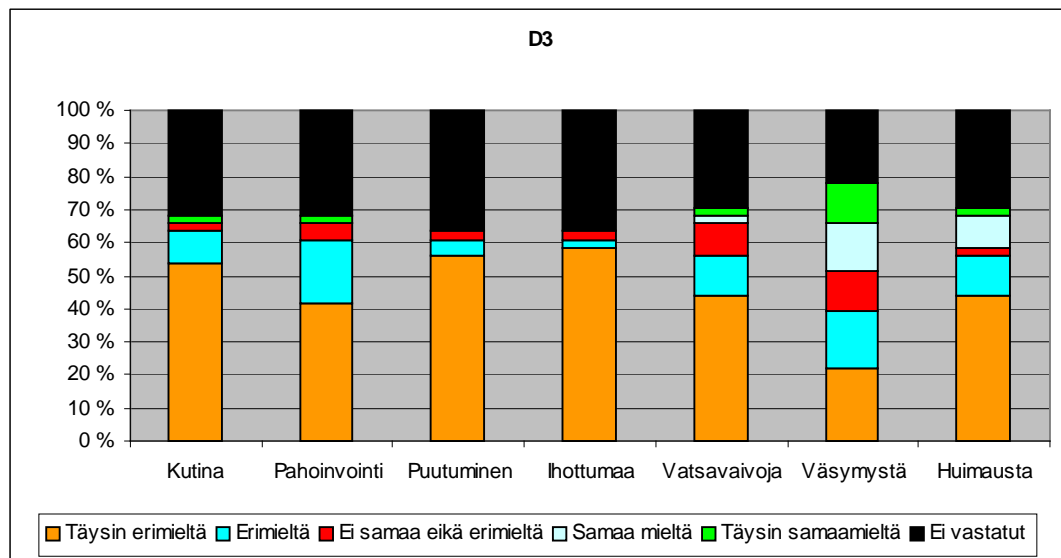
Vatsavaivoja ilmoitti saaneensa paljon (vaihtoehto 5) yksi vastaaja (2,4 %). Numeroarvolla 4 vastasi myös yksi vastaaja (2,4 %). Numeroarvolla 3 vastasi 7,3 % (n=3) vastaajista. Numeroarvolla 2 vastasi 14,6 % (n=6) vastaajista. Vatsavaivoja ei ollut saanut lainkaan (vaihtoehto 1) vastasi 43,9 % (n=18) vastaajista. 12 vastaajaa (29,3 %) jätti vastaamatta tähän kysymykseen.

Väsymystä lääkityksen sivuvaikutuksena oli kokenut paljon (vaihtoehto 5) 14,6 % (n=6) vastaajista. Numeroarvolla 4 vastasi 12,2 % (n=5) vastaajista. Numeroarvolla 3 vastasi 14,6 % (n=6) vastaajista. Numeroarvolla 2 vastasi 17,1 % (n=7) vastaajista. Väsymystä sivuvaikutuksena ei ollut kokenut lainkaan

(vaihtoehto 1) vastasi 22 % (n=9) vastaajista. 19,5 % (n=8) vastaajista jätti vastaamatta tähän kysymykseen.

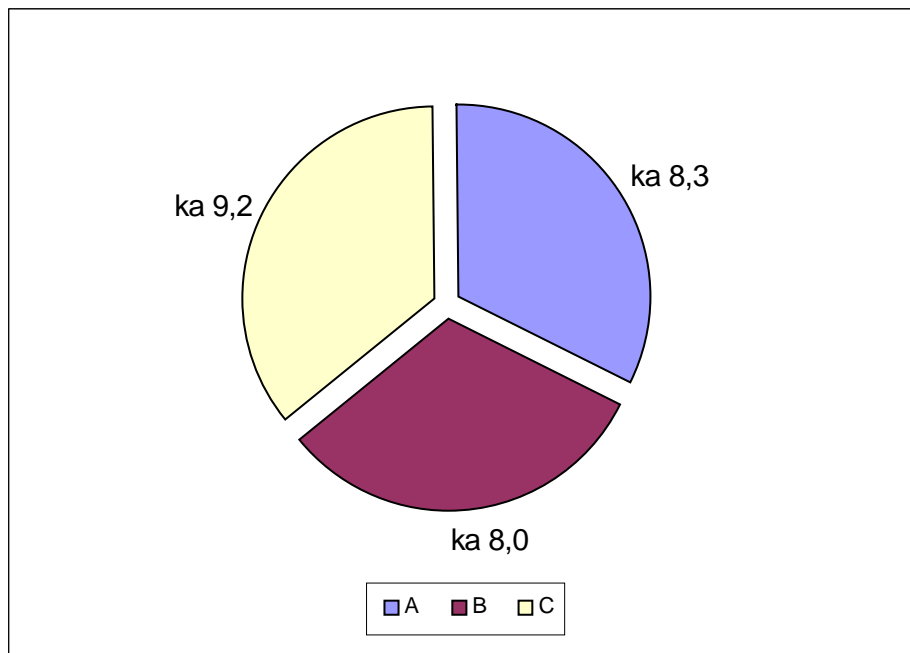
Huimausta sivuvaikutuksena oli kokenut paljon (vaihtoehto 5) yksi vastaaja (2,4 %). Numeroarvolla 4 vastasi 9,8 % (n=4) vastaajista. Numeroarvolla 3 vastasi yksi vastaaja (2,4 %). Numeroarvolla 2 vastasi 12,2 % (n=5) vastaajista. Huimausta ei ollut kokenut lainkaan (vaihtoehto 1) vastasi 43,9 % (n=18) vastaajista. 29,3 % (n=12) jätti vastaamatta tähän kysymykseen.

Yleisimmät haittavaikutukset olivat väsymys ja huimaus. Vähiten haittavaikutuksista esiintyi puutumista tai ihottumaa. (Kuvio 19.)



Kuvio 19 Lääkityksestä aiheutuneet sivuvaikutukset

Kyselyn lopussa vastaajat saivat antaa arvosanansa osastolla toteutuneesta kivunhoidosta asteikolla 1-10. Keskiarvot laskettiin osastoittain. Tässä opinnäytetyössä ei tilastollisesti testattu, oliko osastojen välillä tilastollisesti merkitseviä eroja. Osastot nimettiin satunnaisesti A-, B- ja C-osastoiksi. (Kuvio 20.)



Kuvio 20 Vastaajien antamista arvosanoista lasketut keskiarvot (ka) osastoittain A (n=14), B (n=15), C (n=12)

Vastaajia pyydettiin perustelemaan antamansa arvosana osastolla toteutuneesta kivunhoidosta. Avoimeen kysymykseen vastasi 48,8 % (n=20) vastaajista. Kysymykseen vastanneet mainitsivat kipuja olleen lääkkeistä huolimatta, mutta silti henkilökunnan antamaan hoitoon oltiin tyytyväisiä. Perfuusoria käyttäneistä osa eli 10 % (n=2) oli tyytymättömiä perfuusorin toimintaan kivunlievityksessä. Seuraavaksi esitetään joitakin esimerkkejä annetuista perusteluista:

- *”Välillä on kipuja lääkkeestä huolimatta, mutta henkilökunta on kyllä hoitanut erinomaisesti ja kaikki sen puolesta on hyvin.”*
- *”Minua kuunneltiin ja autettiin.”*

- ”Kipupumppu ei toiminut kuten luvattiin, peruskipulääkitys ei riittä...välillä tuntui ettei oteta vakavasti kipuja...joutuu itsekin laskemaan kellosta tuskissaan että koska voi pyytää lisää...”
- ”Kipupumpun letku oli huonosti selässä ja se painoi.”

9. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

9.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimustuloksia tarkastellaan seuraavassa tutkimusongelmittain.

9.1.1 Potilaiden kokema kipu

Tässä tutkimuksessa potilaiden kipukokemukset ovat yksilöllisiä. Tulos vahvistaa aikaisempaa tutkittua tietoa siitä että kipu on aina yksilöllinen, henkilökohtainen tuntemus (Sailo & Varti 2000, 30). Kipua kuvailtiin useimmiten viiltäväksi ja kivun tyyppiä syväksi sekä säteileväksi. Kokemukset kivun laadusta olivat yhtäläisiä jolloin ei pysty yleistämään mitään tiettyä kiputyyppiä. Vastaajien kokemukset kivun voimakkuudesta olivat yksilöllisiä.

9.1.2 Kipulääkkeiden saatavuus ja riittävyys

Vastaajista lähes 70 % sai kipulääkitystä vähintään kolme kertaa päivässä tai useammin. Vastaajista 9,8 % kertoi, että he eivät saaneet lainkaan kipulääkitystä leikkauksen jälkeen. On mahdollista että kyseiset vastaajat eivät ole olleet tietoisia heille määrätystä lääkityksestä. Osalla iäkkäistä potilaista on useita omaan perussairauteen kuuluvia lääkkeitä, joiden lisäksi on määrätty kipulääkkeitä leikkauksen jälkeiseksi ajaksi.

Vastaajista 78 % piti kipulääkitystään kohtuullisen hyvänä. Tämä siitakin huolimatta, että toisen kysymyksen vastauksissa ilmeni, että moni saattoi tuntea melko kovaa kipua. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että potilas on usein tyytyväinen saamaansa kivunhoitoon, vaikka tuntisikin kipua (Niemi-Murola ym. 2005). On mahdollista, että potilaat eivät osaa tai eivät kehtaa pyytää lisää kipulääkettä. Tätä voidaan ehkäistä tiedottamalla potilaille heidän mahdollisuuksistaan saada lisää lääkettä ja näin ehkäistä tarpeetonta kärsimystä. Suurin osa kyselyyn vastanneista oli sitä mieltä, että heitä kuunneltiin aina kun he tarvitsivat kivunlievitystä. Tästä aiheesta ei löytynyt aikaisempaa tutkimusta.

Säännölliseksi määrättyjen lääkkeiden lisäksi monelle tutkittavalle oli määrätty ylimääräisiä kipulääkkeitä, joita sai pyytää tarvittaessa. Yleisin ylimääräisen

kipulääkkeen tarve oli kuuden tunnin välein. Tämä helpottaa sekä hoitajien että lääkäreiden työtä, kun lääkkeet on määrätty valmiiksi. Vastaajat kertoivat saaneensa kipulääkkeen pyydettyä kiitettävän nopeasti tai pienen odottelun jälkeen. Tästä aiheesta ei ole aiempaa tutkimustietoa.

9.1.2.1 Injektoiden saatavuus kivunhoidossa

Vajaa puolet vastaajista kertoi saaneensa kivunlievitykseen injektioita eli kipupiiikkejä noin 1-3 kertaa vuorokaudessa ja vajaa puolet ei saanut injektioita lainkaan. Usein anestesia lääkäri määrää injektion kivunhoitoon leikkauksen jälkeisiksi päiviksi. Niitä määrätään usein käytettäväksi vain tarvittaessa sillä ne vaikuttavat nopeasti, mutta ovat lyhytkestoisia. Sen vuoksi injektoiden lisäksi on oltava käytössä myös muita säännöllisiä kipulääkkeitä. Injektoiden vähäinen määrä oli yllättävä tulos. Ei ole varmaa, tiesivätkö kaikki vastaajat, mistä oli kyse tai on mahdollista, että he eivät muista saaneensa injektioita. On myös mahdollista, että suun kautta annetut kipulääkkeet ovat olleet riittävän tehokkaita, eikä injektioita ole annettu.

9.1.2.2 Perfuusorin käyttö kivunhoidossa

Suurin osa kymmenestä vastaajasta, joilla perfuusori oli käytössä, kokivat sen melko hyvänä kivunlievittäjänä, mikä vahvistaa aiempaa tutkimustulosta (Linden ym. 2006). Kuitenkin siihen oltiin myös osittain tyytymättömiä.

9.1.3 Ohjeistus

Suurin osa vastaajista oli tietoisia saamiensa kipulääkkeiden nimistä, mutta annosten ja haittavaikutusten tietämisessä oli puutteita. Tästä ei löydy aiempaa tutkimusta.

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä että heille ei ollut jäänyt mitään epäselvää koskien heidän kipulääkitystään, vaikka edellisen osion kysymyksiin moni ei tiennyt kaikkia vastauksia. Vastauksista tuli kuitenkin ilmi, että osa vastaajista olisi halunnut tietää enemmän haittavaikutuksista, nimistä ja lääkkeiden määristä.

Jotkut vastaajat nostivat esille sen, että hoitajilla on erilaisia käsityksiä lääkkeen antamisesta. Tästä ei löytynyt aiempaa tutkimusta.

9.1.4 Lääkityksen vaikutus

Vastaajista vajaa puolet koki kivun haitanneen mukavuudentunnettaan osastolla. Melko monet olivat kuitenkin pääsääntöisesti tyytyväisiä lääkityksensä riittävyyteen. Pieni osa vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, että lääkitys ei ollut lainkaan riittävää. Vastaajat vastasivat useassa kohdassa lääkityksen olleen riittävää, mutta toisaalta kipu oli haitannut monen mukavuudentunnetta. Vastausten ristiriitaisuuden takia on vaikea tehdä luotettavia johtopäätöksiä kipulääkityksen riittävyydestä.

Kysyttäessä ei-lääkinnällisistä kivunhoitomenetelmistä, ei saatu riittävän informatiivisia vastauksia. Tämä todennäköisesti johtuu kysymyksen epäselvästä asettelusta ja siitä, että vastaajat eivät välttämättä tunteneet erilaisia käytössä olevia ei-lääkinnällisiä kivunhoitomenetelmiä. Kysymys olisi pitänyt asetella paremmin ja siinä olisi pitänyt tuoda selkeämmin esiin erilaisia vaihtoehtoja.

9.1.5 Arvio kivunhoidon toteutumisesta

Kyselyn lopussa vastaajia pyydettiin antamaan arvosana 1-10 osastolla toteutuneesta kivunhoidosta, sekä perustelemaan vastauksensa. Näistä laskettiin keskiarvo jokaiselle osastolle. Keskiarvot eivät juuri poikenneet toisistaan.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksessa voi käyttää useampia tutkimusmenetelmiä, sillä useamman kuin yhden tutkimusmenetelmän avulla saadaan tutkimuksesta luotettavampi. Useamman tutkimusmenetelmän käyttäminen on järkevää, koska kaikkia asioita ei voi tutkia vain yhden tutkimusmenetelmän avulla. Tämä johtuu siitä, että kvalitatiivisessa ja kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä tutkitaan asioita eri näkökulmista. Kvalitatiivisessa tutkimusmenetelmässä on tarkoitus kuulla ihmisten mielipiteitä ja vastaajia kohdellaan yksilöinä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkittavien omien mielipiteiden ei anneta vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin, sillä asioita katsotaan hyvin pelkistetyksi. (Leino-Kilpi 1998, 222-223)

Tutkimusaineiston analyysi voidaan tehdä eri tavoin. Eettisestä näkökulmasta keskeistä on, että analyysi tehdään tieteellisesti, luotettavasti hyödyntäen koko kerättyä aineistoa. Ei ole esimerkiksi hyväksyttävää jättää kyselytutkimuksessa analysoimatta jokin tietty kysymys, jos tutkittavat ovat siihen vastanneet. Voidakseen käyttää jonkin tutkimuksen tuloksia omassa työssään, hoitotyöntekijän on kyettävä arvioimaan analyysin luotettavuutta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 292.)

9.2.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden ongelma voi olla se, että aineistosta ei saada vastauksia tutkimusongelmiin. Luotettavuuteen vaikuttaa myös aineiston vähyys, jolloin aineistosta ei voida saada luotettavia tuloksia. Virhetulkinnat ja suppea aineisto analysointivaiheessa voivat vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Jos avoimet kysymykset ovat liian rajattuja tai laajoja, se voi hankaloittaa vastaamista ja vaikuttaa näin myös luotettavuuteen. Tästä voi johtua, että tutkimusaineistoa kertyy liikaa, jolloin osa aineistosta joudutaan jättämään pois. Ongelmana voi olla myös se, että vastaaja pyrkii miellyttämään tutkijaa vastauksillaan tai antaa vastauksia, jotka ovat sosiaalisesti hyväksyttäviä. Laadullisessa tutkimuksessa tulkintoihin vaikuttavat tutkijan omat tunteet ja kokemukset. Myös aineiston

analysoinnin luotettava tulkitseminen perustuu tutkijan omaan näkemykseen luotettavuudesta. (Nieminen 1998, 215-217.)

Tähän tutkimusprosessiin osallistuivat kaikki kolme tutkijaa tasapuolisesti. Tutkimus tehtiin hyvässä yhteistyössä ja tutkimustuloksia analysoitaessa tuli kaikkien kolmen mielipiteet esille ja näin tutkimuksesta saatiin luotettavampi, kun analysoijia oli enemmän. Kyselylomakkeet luettiin useaan kertaan läpi ennen kuin vastauksia alettiin analysoimaan sisällön analyysillä. Tutkimustuloksissa tulee esiin suoria lainauksia, jotka parantavat tutkimuksen luotettavuuteen.

9.2.2 Kvantitatiivinen

Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän luotettavuutta mitattaessa mittarin tärkeimpinä ominaisuuksina pidetään validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetilla tarkoitetaan sitä mittaako mittari haluttua asiaa. Se voidaan jakaa kolmeen eri lajiin; rakenne-, kriteeri-, sekä sisältövaliditeettiin. Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaako mittari tutkittavaa ominaisuutta ja antaako se tulokset, jotka ovat luotettavat ja johdonmukaiset. Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeen reliabiliteettia ei tutkittu tilastollisin menetelmin. Tutkimuksen kyselylomake perustui tutkittuun teorian tietoon. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voi vähentää se, jos mittaria ei ole huolella suunniteltu ja se on tällöin epäluotettava. Kun mitataan tutkimuksen luotettavuutta voi ongelmaksi ilmetä se, että kyselylomake tehdään liian nopeasti ilman, että mietitään vastaavatko kysymykset tutkimusongelmaan. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 206-209.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimuksessa käytetty kyselylomake tehtiin nopealla aikataululla, joten sitä ei ehditty perusteellisesti testata. Tämä heikensi joidenkin kysymysten luotettavuutta, koska ne eivät olleet loppuun asti harkittuja. Vastaukset jäivät epäselviksi ja vastaamatta jättäneitä oli useita. Lisäksi vastauksissa oli paljon ristiriitaisuuksia. Tämä voi myös johtua siitä, että kysymykset oli asetettu liian laajoiksi, mikä saattoi aiheuttaa epäselvyyttä vastaajien keskuudessa. Lisäksi osaan kysymyksiin saatiin vastauksia henkilöiltä, joiden ei olisi kuulunut vastata kyseiseen jatkokysymykseen. Vastaajien antamat

perustelut kivunhoidosta olivat opinnäytetyöntekijöiden näkemysten mukaan rehellisiä ja aitoja.

Tutkimusaineisto oli pieni. Vastausprosentiksi saatiin ainoastaan 27 %. Alhainen vastausprosentti voi kyseenalaistaa tutkimuksen luotettavuuden. Vastausprosenttiin vaikutti todennäköisesti lyhyt vastausaika ja mahdollisesti huonokuntoisten potilaiden kyvyttömyys vastata. Kyselykaavake oli melko pitkä, joten vastaajat eivät välttämättä jaksaneet paneutua vastaamiseen. Tämä oli osittain huomattavissa varsinkin avoimissa kysymyksissä, joihin saatiin erittäin vähän informatiivisia vastauksia.

Tässä työssä tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että opinnäytetyöntekijät ovat tutustuneet tutkittuun tietoon ennen kyselylomakkeen laatimista. Kaikki saadut tulokset on otettu mukaan tutkimukseen. Lisäksi osa saaduista tuloksista on yhtenäisiä aikaisempien tutkimusten kanssa. Kyselylomake esitestattiin ennen sen lopullista käyttöönottoa, jonka jälkeen kyselylomakkeeseen tehtiin tarvittavia muutoksia. Esitestattujen lomakkeiden vastauksia ei otettu mukaan lopulliseen työhön.

9.3. Tutkimuksen eettisyys

Tutkijan täytyy saada lupa tutkimuksen toteuttamiseen tutkimuksen kohteena olevan organisaation johdolta. Tutkijat ovat yhdessä vastuussa siitä, että tuloksia käytetään tarkoituksenmukaisesti. Tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa henkilöä. Tutkijan ja tutkittavan välinen suhde on oltava luottamuksellinen. Tämä edellyttää molempien osapuolten rehellisyyttä. On tärkeää varmistaa, että tutkittavat ovat vapaaehtoisesti mukana tutkimuksessa. Tutkittavalle tulee myös taata, että hänen henkilöllisyytensä ei tule missään tutkimusprosessin vaiheessa esiin. (Vehviläinen-Julkunen 1998, 27-29.)

Tutkijan täytyy sitoutua siihen, että hän kertoo tutkimustuloksista avoimesti ja rehellisesti. Tutkijan on siis oltava objektiivinen tuloksia tarkasteltaessa. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkijan omat mielipiteet eivät saa vaikuttaa millään tavalla tuloksiin. (Vehviläinen-Julkunen 1998, 31.)

Tutkimuslupa anottiin tutkimuksen kohteena olevalta organisaatiolta. Tutkimusluvan saamisen jälkeen oltiin yhteydessä tutkimuksessa mukana oleviin osastoihin ja kerrottiin tutkimuksen aikataulusta. Vastuuhenkilöille tiedotettiin lomakkeiden tuomisesta osastoille ja heidän tehtäväkseen jäi muun henkilökunnan informoiminen tutkimuksen tarkoituksesta ja kyselyn toteuttamisen ajankohdasta. Lomakkeita vietäessä tutkimuksessa mukana olleille osastoille, vain yksi osastoista oli tietoinen tutkimuksesta ja valmistautunut sen toteuttamiseen. Muille osastoille tieto tutkimuksesta tuli yllätyksenä ja heitä ohjeistettiin kyseisessä tilanteessa tutkimuksen suorittamisesta. Kyselylomakkeen mukana tutkittaville annettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta. Lisäksi saatekirjeessä kerrottiin, miten ja missä kyselyn tuloksia käytetään ja painotettiin, että tutkittavien henkilötietoja ei tulla mainitsemaan tutkimusraportissa. Vastaajat vastasivat nimettöminä ja palauttivat täytetyn kyselylomakkeen osastolla sille varattuun suljettuun laatikkoon.

Vastausaikaa kyselylle oli kesäkuu 2009, jonka aikana saadut vastaukset on käsitelty luottamuksellisesti opinnäytetyössä. Vastauslomakkeet tuhottiin polttamalla tutkimusraportin valmistumisen jälkeen.

10. JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla postoperatiivisen kivunhoidon toteutumista yhden keskussairaalan kirurgisilla osastoilla. Tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa postoperatiivisen kivunhoidon toteutumisesta. Tutkimustulosten pohjalta tehtiin seuraavat johtopäätökset:

1. Potilaiden mielestä kivunhoito oli hyvää, vaikka moni tunsikin kovia kipuja.
2. Perfuusori koettiin tehokkaaksi kivunlievittäjäksi.
3. Vastaajat tunsivat tulleen kuulluiksi.
4. Informaatiota lääkityksestä ja sen vaikutuksista tulisi lisätä.
5. Potilaita tulisi kannustaa kertomaan rohkeasti kivuistaan, jolloin on mahdollista vaihtaa tai tehostaa kipulääkitystä.
6. Hoitohenkilökunnan ammattitaitoon luotettiin.
7. Kipu on yksilöllinen kokemus.

Tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu sitä, minkälaisessa leikkauksessa vastaajat olivat olleet. Jatkotutkimuksena voisikin selvittää, miten eri leikkaustavat vaikuttavat kivun tuntemukseen. Olisi myös hyvä selvittää, miten kivunhoito toteutuu erilaisten leikkausten jälkeen. Lisäksi olisi tarpeen tutkia sitä, miten kivunhoito toteutuu jatkohoitopaikassa, esimerkiksi kotona tai toisella osastolla.

LÄHTEET

Alahuhta, Seppo – Lindgren, Leena – Olkkola, Klaus – Rosemberg, Per & Takkunen, Olli 2006. Anestesiologia ja tehohoito. 2 p. Kustannus oy Duodecim.

Eriksson, Katie – Isola, Arja, Kyngäs, Helvi – Leino-Kilpi, Helena – Lindström, Unni Å. – Paavilainen, Eija – Pietilä, Anna-Maija – Salanterä, Sanna – Vehviläinen-Julkunen, Katri & Åstedt-Kurki, Päivi 2008. Hoitotiede. 2 p. Wsoy.

Flinkman, Tiina – Salanterä, Sanna 2004. Leikki-ikäisen lapsen pelot päiväkirurgisessa toimenpiteessä. Hoitotiede. Vol. 16, nro 3, 16.

Fry, Sara T. 1997. Etiikka hoitotyössä. Tampere. Tammerpaino Oy.

Haanpää, Maija 2001. Pääkirjoitus [online]. Päivitetty Helmikuussa 2001 [viitattu 23.11.2009]. Saatavilla [www-muodossa: <http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/Common/PublicationFrameset.asp?ID=18>](http://www.muodossa: <http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/Common/PublicationFrameset.asp?ID=18>).

Hamunen, Katri 2009. Tulehduskipulääkkeiden ja parasetamolin hyödyt ja haitat leikkauksen jälkeisen kivun lääkehoidossa [online]. Päivitetty 8.5.2009 [viitattu 23.11.2009]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2052,11786,14487,2053,2470,5480,27574,27674>](http://www.muodossa: <URL: http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2052,11786,14487,2053,2470,5480,27574,27674>).

Hedberg, Berith & Sätterlund Larsson, Ullabeth 2003. Observations, confirmations and strategies – useful tools in decision-making process for nurses in practice? [online]. Päivitetty 9.5.2003 [viitattu 19.4.2009]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118847593/HTMLSTART>](http://www.muodossa: <URL: http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118847593/HTMLSTART>).

Holmia, Silja – Murtonen, Irja – Myllymäki, Hannele & Valtonen, Katariina 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. WSOY.

Hyväri, Maarit – Käräjäoja, Päivi & Vaittiniemi, Anssi 2004. Potilaslähtöinen hoitosuhdetyöskentely [online]. Päivitetty 6.5.2004 [viitattu 9.3.2009]. Saatavilla

www-muodossa:

<URL:<http://209.85.129.132/search?q=cache:vlnPHlUTW4cJ:gallia.kajak.fi/opmateriaalit/yleinen/ahorai/mielentervvehto/potilaslahtoinen.htm+potilasl%C3%A4ht%C3%B6isyys&hl=fi&ct=clnk&cd=3>>.

Huotari, Ari-Matti 2004. Voimakkaat kipulääkkeet eli opioidit [online]. Päivitetty 1.9.2004 [viitattu 2.4.2009]. Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://poliklinikka.fi/?page=3286757&id=6235864>>.

Hyypä, Eeva – Latva-Mäenpää, Sirpa – Manninen, Kaija – Myllymäki, Liisa – Salo, Hannu & Vallejo Medina, Aila 1997. Sisätauti-kirurgisen hoitotyön perusteet. 1 p. WSOY

Kalso, Eija & Vainio, Anneli 2002. Kipu. 2 p. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä

Kauppila, Marjo 2006. Estääkö vuodeosaston toimintamalli hyvän kivunhoidon?. Kipuviesti. nro 1.

Korkeila, Jaakko 1990. Puudutus ja kivun hoito. Suomen Astra

Kuurne, Salla & Koivula, Anne 2008. Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla [online]. Päivitetty 9.12.2008 [viitattu 9.3.2009]. Saatavilla www-muodossa: <URL: http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.koti?p_db=shk>.

Lauritsalo, Pirkko 2003. Sairaanhoitaja kivunhoidon kehittäjänä. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylän yliopistopaino.

Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2003. Etiikka hoitotyössä. 1-3 p. WSOY.

Linden, Kirsti – Kemppainen, Terhi, - Nieminen. Päivi 2006. Kivun hoito leikkauksen jälkeen [online]. Päivitetty 11.8.2006 [viitattu 10.11.2009]. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,646,804,847,848,14067>>.

Mattila, Matti A.K. 2004. Kivun sanasto. Hämeenlinna. Karisto Oy.

Mustajoki, Marianne – Maanselkä, Seija – Alila, Anja & Rasimus, Mirja 2005. Sairaanhoidajan käsikirja. 3 p. Karisto Oy. Hämeenlinna.

Niemi-Murola, Leila – Pöyhä, R. – Onkinen, K. – Rhen, B. – Mäkelä, A. – Yildirim, Y. & Niemi, T. 2005. Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon laatu – hoitajien asenteet ja potilastyytyväisyys [online]. Päivitetty 2005 [viitattu 23.11.2009]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.fimnet.fi/finnanest/lehdet/2005/no_5/oper_abs_niemimurola.pdf>](http://www.fimnet.fi/finnanest/lehdet/2005/no_5/oper_abs_niemimurola.pdf).

Nurminen, M-L. 2001. Lääkehoito. Helsinki. WSOY

Pahlman, Irma 2001. Kivun hoito – Kenen oikeus, kenen velvollisuus? [online]. Päivitetty helmikuussa 2001 [viitattu 23.11.2009]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/Common/PublicationFrameset.asp?ID=18&PublicArea=True>](http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/Common/PublicationFrameset.asp?ID=18&PublicArea=True).

Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri 1998. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus. Juva. WSOY.

Pölkki, Tarja 2003. Kirurgisten lapsipotilaiden pelkoja sairaalassa. Sairaanhoidaja. Vol. 76, nro 10, 18 – 21.

Pölkki, Tarja 2002. Postoperative Pain Management in Hospitalized Children. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Sailo, Eriikka & Vartti, Anne-Marie 2000. Kivunhoito. Tammi.

Salanterä, Sanna – Hagelberg, Nora – Kauppila, Marjo & Närhi, Matti 2006. Kivun hoitotyö. WSOY.

Tanskanen, Anu 1999. Sisällön analyysi hoitotieteessä [online]. Päivitetty 16.8.1999 [viitattu 4.12.2009]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.uta.fi/laitokset/hoito/wwwoppimateriaali/luku5e.html>](http://www.uta.fi/laitokset/hoito/wwwoppimateriaali/luku5e.html).

Tornivuori, Aila & Viitanen, Outi 2002. Leikkauksen jälkeinen kivunhoito asiantuntijasairaanhoidajan näkökulmasta Meilahden sairaalassa (HYKS) [online]. Päivitetty lokakuussa 2002 [viitattu 23.11.2009]. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/Common/PublicationFrameset.asp?ID=15>>.

Ukkola, Veijo – Ahonen, Juhani – Alanko, Arto, Lehtonen, Timo & Suominen, Sinikka 2001. Kirurgia. WSOY.

Vainio, Anneli 2004. Kivunhallinta. Kustannus Oy Duodecim.

Vainio, Anneli 2007. Nimeä vailla – kohtaamisia kivun kanssa. Hämeenlinna. Kirjapaja Oy.

Vanhapiha, Riitta Irmeli 2007. Hoitoalan täydennyskoulutus [online]. Päivitetty 5.8.2007 [viitattu 3.12.2009]. Saatavilla www-muodossa: URL: < http://epero.org/joomla/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=371>.